SERIE GENERALE

Spediz. abb. post. - art. 1, comma 1
Legge 27-02-2004, n. 46 - Filiale di Roma

Anno 163° - Numero 144

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

PARTE PRIMA **Roma - Mercoledì, 22 giugno 2022** SI PUBBLICA TUTTI I GIORNI NON FESTIVI

DIREZIONE E REDAZIONE PRESSO IL MINISTERO DELLA GIUSTIZIA - UFFICIO PUBBLICAZIONE LEGGI E DECRETI - VIA ARENULA, 70 - 00186 ROMA
AMMINISTRAZIONE PRESSO L'ISTITUTO POLIGRAFICO E ZECCA DELLO STATO - VIA SALARIA, 691 - 00138 ROMA - CENTRALINO 06-85081 - LIBRERIA DELLO STATO PIAZZA G. VERDI, 1 - 00198 ROMA

La **Gazzetta Ufficiale, Parte Prima,** *oltre alla* **Serie Generale**, *pubblica cinque Serie speciali, ciascuna contraddistinta da autonoma numerazione:*

1ª Serie speciale: *Corte costituzionale (pubblicata il mercoledì)*
2ª Serie speciale: *Unione europea (pubblicata il lunedì e il giovedì)*
3ª Serie speciale: *Regioni (pubblicata il sabato)*
4ª Serie speciale: *Concorsi ed esami (pubblicata il martedì e il venerdì)*
5ª Serie speciale: *Contratti pubblici (pubblicata il lunedì, il mercoledì e il venerdì)*

La **Gazzetta Ufficiale, Parte Seconda,** "Foglio delle inserzioni", *è pubblicata il martedì, il giovedì e il sabato*

AVVISO ALLE AMMINISTRAZIONI

Al fine di ottimizzare la procedura di pubblicazione degli atti in *Gazzetta Ufficiale,* le Amministrazioni sono pregate di inviare, contemporaneamente e parallelamente alla trasmissione su carta, come da norma, anche copia telematica dei medesimi (in formato word) al seguente indirizzo di posta elettronica certificata: gazzettaufficiale@giustiziacert.it, curando che, nella nota cartacea di trasmissione, siano chiaramente riportati gli estremi dell'invio telematico (mittente, oggetto e data).

Nel caso non si disponga ancora di PEC, e fino all'adozione della stessa, sarà possibile trasmettere gli atti a: gazzettaufficiale@giustizia.it

SOMMARIO

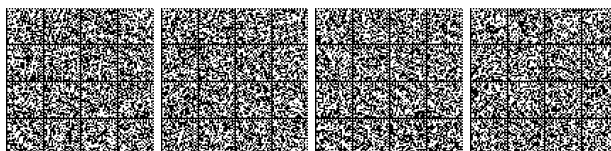
Ministero dell'università e della ricerca

Provincia autonoma di Bolzano - Alto Adige

SUPPLEMENTO ORDINARIO N. 25

Istituto per la vigilanza sulle assicurazioni

PROVVEDIMENTO 7 giugno 2022.

Modifiche e integrazioni al regolamento ISVAP n. 7 del 13 luglio 2007 concernente gli schemi per il bilancio delle imprese di assicurazione e di riassicurazione che sono tenute all'adozione dei principi contabili internazionali di cui al titolo VIII (Bilancio e scritture contabili), capo I (Disposizioni generali sul bilancio), capo II (Bilancio di esercizio), capo III (Bilancio consolidato) e capo V (Revisione legale dei conti) del decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209 - Codice delle assicurazioni private. (Provvedimento n. 121). (22A03601)

LEGGI ED ALTRI ATTI NORMATIVI

DECRETO LEGISLATIVO 27 maggio 2022, n. **76**.

Disposizioni per l'attuazione della direttiva (UE) 2019/884 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 aprile 2019, che modifica la decisione quadro 2009/315/GAI del Consiglio per quanto riguarda lo scambio di informazioni sui cittadini di paesi terzi e il sistema europeo di informazione sui casellari giudiziali (ECRIS), e che sostituisce la decisione 2009/316/GAI del Consiglio.

IL PRESIDENTE DELLA REPUBBLICA

Visti gli articoli 76 e 87, quinto comma, della Costituzione;

Visto l'articolo 14 della legge 23 agosto 1988, n. 400;

Vista la decisione quadro 2009/315/GAI del Consiglio, del 26 febbraio 2009, relativa all'organizzazione e al contenuto degli scambi fra gli Stati membri di informazioni estratte dal casellario giudiziario;

Vista la decisione 2009/316/GAI del Consiglio, del 6 aprile 2009, che istituisce il sistema europeo di informazione sui casellari giudiziari (ECRIS) in applicazione dell'articolo 11 della decisione quadro 2009/315/GAI;

Vista la direttiva (UE) 2019/884 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 aprile 2019, che modifica la decisione quadro 2009/315/GAI del Consiglio per quanto riguarda lo scambio di informazioni sui cittadini di paesi terzi e il sistema europeo di informazione sui casellari giudiziali (ECRIS), e che sostituisce la decisione 2009/316/GAI del Consiglio;

Visti gli articoli 31 e 32 della legge 24 dicembre 2012, n. 234, recante norme generali sulla partecipazione dell'Italia alla formazione e all'attuazione della normativa e delle politiche dell'Unione europea;

Vista la legge 22 aprile 2021, n. 53, recante delega al Governo per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione di altri atti dell'Unione europea - Legge di delegazione europea 2019-2020, e, in particolare, l'articolo 1, comma 1, e l'allegato A, numero 19;

Visto il decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 74, recante attuazione della decisione quadro 2009/315/GAI, relativa all'organizzazione e al contenuto degli scambi fra gli Stati membri di informazioni estratte dal casellario giudiziario;

Visto il decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 75, recante attuazione della decisione 2009/316/GAI che istituisce il Sistema europeo di informazione sui casellari giudiziari (ECRIS), in applicazione dell'articolo 11 della decisione quadro 2009/315/GAI;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313, recante testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di casellario giudiziale, di casellario giudiziale europeo, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti;

Vista la preliminare deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 24 febbraio 2022;

Acquisiti i pareri delle competenti commissioni della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica;

Vista la deliberazione del Consiglio dei ministri, adottata nella riunione del 26 maggio 2022;

Sulla proposta del Presidente del Consiglio dei ministri e del Ministro della giustizia, di concerto con i Ministri degli affari esteri e della cooperazione internazionale e dell'economia e delle finanze;

EMANA
il seguente decreto legislativo:

Art. 1.

Oggetto

1. Il presente decreto attua nell'ordinamento interno le disposizioni della direttiva (UE) 2019/884 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 aprile 2019, che modifica la decisione quadro 2009/315/GAI del Consiglio per quanto riguarda lo scambio di informazioni sui cittadini di paesi terzi e il sistema europeo di informazione sui casellari giudiziali (ECRIS), e che sostituisce la decisione 2009/316/GAI del Consiglio.

Art. 2.

Modifiche al decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 74

1. Al decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 74, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 1, le parole da «, istituito» sino a «6 aprile 2009» sono soppresse;

b) dopo l'articolo 1, è inserito il seguente:

«Art. 1-*bis* *(Sistema europeo di informazione sui casellari giudiziali)*. — 1. E' istituito un sistema informatizzato che coopera con il sistema europeo di informazione sui casellari giudiziali, conformemente all'articolo 11-*bis* della decisione quadro 2009/315/GAI del 6 aprile 2009.

2. L'Ufficio centrale di cui agli articoli 2, comma 1, lettera *p)*, e 19 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di casellario giudiziale, di casellario giudiziale europeo, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313, cura la gestione del sistema informatizzato di cui al comma 1.»;

c) all'articolo 2:

1) dopo la lettera *d)* sono aggiunte le seguenti:

«d-*bis*) «impronte digitali»: le impressioni piatte e rollate delle impronte digitali di ciascun dito;

d-*ter*) «immagine del volto»: le immagini digitalizzate del volto di una persona;»;

2) dopo il comma 1, è inserito il seguente: «1-*bis*. Le disposizioni del presente decreto che si riferiscono ai cittadini di un Paese terzo si applicano, altresì, agli apolidi e alle persone la cui cittadinanza è ignota.»;

d) all'articolo 4:

1) il comma 1 è sostituito dal seguente: «1. L'Ufficio centrale comunica senza indugio qualsiasi condanna pronunciata in Italia e iscritta nel casellario giudiziale all'autorità centrale dello Stato membro o degli Stati membri di cittadinanza della persona condannata, pur quando questa abbia anche la cittadinanza italiana»;

2) dopo il comma 2, è inserito il seguente: «2-*bis*. Nel trasmettere le informazioni l'Ufficio centrale comunica che esse non possono essere ritrasmesse per fini diversi da un procedimento penale.»;

e) l'articolo 6 è sostituito dal seguente:

«Art. 6 *(Richiesta di informazioni sulle condanne)*. — 1. L'Ufficio centrale redige la richiesta di informazioni diretta alle autorità degli altri Stati membri in conformità al modulo di cui all'allegato A al presente decreto.

2. Quando riceve una richiesta di informazioni sulle condanne dalle autorità di altri Stati membri nell'ambito di un procedimento penale o a fini diversi, l'Ufficio centrale può, a sua volta, rivolgere una richiesta di estrazione di informazioni e dati sulle condanne all'autorità centrale di un altro Stato membro.

3. La disposizione del comma 2 si applica anche quando la richiesta di informazioni è proposta dall'interessato, purché sia o sia stato in possesso della cittadinanza italiana o della cittadinanza dello Stato membro richiesto, oppure sia o sia stato residente in Italia o nello Stato membro richiesto.

4. Nei casi di cui al comma 3, l'Ufficio centrale rivolge la richiesta di estrazione di informazioni e dati sulle condanne all'autorità centrale dello Stato membro di cittadinanza. Se l'interessato è cittadino di uno Stato terzo, l'Ufficio centrale rivolge la richiesta alle autorità centrali degli Stati membri che detengono le informazioni.

5. L'Ufficio centrale include le informazioni e i dati acquisiti ai sensi del comma 4 nel certificato da fornire all'interessato.»;

f) l'articolo 7 è sostituito dal seguente:

«Art. 7 *(Risposta a una richiesta di informazioni sulle condanne)*. — 1. Quando, ai sensi dell'articolo 6, è presentata una richiesta di informazioni ai fini di un procedimento penale riguardante un cittadino italiano, l'Ufficio centrale trasmette le informazioni relative:

a) alle condanne pronunciate in Italia e iscritte nel casellario giudiziale;

b) alle condanne pronunciate in altri Stati membri, di cui abbia avuto informazione in applicazione dell'articolo 4 e che abbia conservato ai sensi dell'articolo 5;

c) alle condanne pronunciate in altri Stati membri, di cui abbia avuto informazione prima dell'entrata in vigore del presente decreto e che siano state iscritte nel casellario giudiziale;

d) alle condanne pronunciate in Paesi terzi, di cui abbia avuto informazione e che siano state iscritte nel casellario giudiziale.

2. Quando la richiesta di cui al comma 1 è presentata per fini diversi da un procedimento penale, l'Ufficio centrale trasmette le informazioni relative alle condanne ivi indicate alla lettera *a)*, alle condizioni e nei limiti di cui all'articolo 28 del testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di casellario giudiziale, di casellario giudiziale europeo, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313, nonché le informazioni relative alle condanne indicate alle lettere *c)* e *d)* del medesimo comma 1. Sono altresì comunicate le informazioni relative alle condanne di cui al comma 1, lettera *b)*, salvo che lo Stato membro di condanna che le ha trasmesse abbia comunicato che esse non possono essere ritrasmesse per fini diversi da un procedimento penale. In tal caso, l'Ufficio centrale indica all'autorità richiedente lo Stato membro da cui provengono le informazioni.

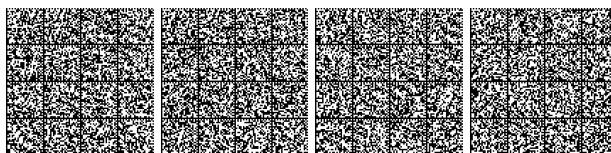
3. Le disposizioni di cui ai commi 1 e 2 si applicano anche quando la richiesta di informazioni riguardante un cittadino italiano è presentata dalle autorità di un Paese terzo. Nel trasmettere le informazioni l'Ufficio centrale comunica alle autorità richiedenti che esse possono essere utilizzate soltanto ai fini del procedimento penale per il quale sono state richieste. Se la richiesta è stata presentata per fini diversi da un procedimento penale, l'Ufficio centrale comunica che le informazioni possono essere utilizzate solo per il fine per il quale sono stati richieste.

4. Quando, ai sensi dell'articolo 6, è presentata una richiesta di informazioni riguardante un cittadino di altro Stato membro, l'Ufficio centrale trasmette le informazioni richieste alle condizioni previste dall'articolo 13 della Convenzione europea di assistenza giudiziaria in materia penale, firmata a Strasburgo il 20 aprile 1959 e ratificata con legge 23 febbraio 1961, n. 215.

5. Quando, ai sensi dell'articolo 6, è presentata una richiesta di informazioni ai fini di un procedimento penale riguardante un cittadino di Paese terzo, un apolide o una persona di cui non è nota la cittadinanza, l'Ufficio centrale trasmette le informazioni relative alle condanne indicate al comma 1, lettere *a)* e *d)*. Se la richiesta è presentata per fini diversi da un procedimento penale, fermo in ogni caso quanto previsto dal comma 2, trasmette altresì le condanne pronunciate in altri Stati membri.

6. L'Ufficio centrale risponde alle richieste di informazioni mediante il modulo di cui all'allegato B al presente decreto, corredandolo di un elenco delle condanne redatto conformemente alle disposizioni in materia di certificati del casellario giudiziale.

7. L'Ufficio centrale risponde alle richieste di informazioni presentate dalle autorità centrali degli altri Stati membri immediatamente e, comunque, entro un termine non superiore a dieci giorni lavorativi dalla data di ricevimento della richiesta. Quando occorre acquisire informazioni complementari per identificare la persona cui la richiesta si riferisce, l'Ufficio centrale consulta imme-

diatamente l'autorità richiedente. In tal caso, il termine di cui al primo periodo decorre dalla data di in cui pervengono le informazioni complementari.

8. L'Ufficio centrale risponde alle richieste di informazioni presentate dall'interessato entro un termine non superiore a venti giorni lavorativi dalla data di ricevimento della richiesta.».

Art. 3.

Modifiche al testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di casellario giudiziale, di casellario giudiziale europeo, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313

1. Al testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di casellario giudiziale, di casellario giudiziale europeo, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti di cui al decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313, sono apportate le seguenti modificazioni:

a) all'articolo 2, dopo la lettera *h)* sono inserite le seguenti:

«h-*bis*) «impronte digitali» sono le impressioni piatte e rollate delle impronte digitali di ciascun dito;

h-*ter*) «immagine del volto» è l'insieme delle immagini digitalizzate del volto di una persona;»;

b) all'articolo 4:

1) al comma 1, lettera *a)*, dopo le parole: «di nascita», è inserita la seguente: «cittadinanza,» e le parole: «e per il cittadino di Stato non appartenente all'Unione europea» sono sostituite dalle seguenti: «, per il cittadino di Stato non appartenente all'Unione europea, per la persona di cui non è nota la cittadinanza e per l'apolide»;

2) dopo il comma 1, è inserito il seguente: «1-*bis*. Quando le informazioni sulla cittadinanza della persona condannata non sono note, o quando la persona condannata è un apolide, nell'estratto ne è fatta specifica menzione.»;

c) all'articolo 5-*ter*, comma 1, lettera *c)*, dopo il numero 2, è inserito il seguente: «2-*bis*) immagine del volto della persona condannata;»;

d) all'articolo 19, comma 5-*bis*:

1) alla lettera *c)*, dopo le parole: «Paesi terzi», sono inserite le seguenti: «, a persone di cui non è nota la cittadinanza»;

2) alla lettera *d)*, dopo le parole: «Paesi terzi», sono inserite le seguenti: «, a persone di cui non è nota la cittadinanza»;

3) alla lettera *e)*, dopo le parole: «Paesi terzi», sono inserite le seguenti: «, persone di cui non è nota la cittadinanza»;

4) dopo la lettera *f)*, è inserita la seguente: «f-*bis*) risponde alle richieste di informazioni sul casellario giudiziale formulate da un cittadino di Paese terzo, da una persona di cui non è nota la cittadinanza e da un apolide alle condizioni e secondo le modalità previste dagli articoli 6 e 7 del decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 74;»;

e) all'articolo 25-*ter*, dopo il comma 2, è aggiunto il seguente: «2-*bis*. Il cittadino di Paese terzo, la persona di cui non è nota la cittadinanza e l'apolide che rivolge richiesta di informazioni all'Ufficio centrale acquisiscono da esso le informazioni relative alle condanne pronunciate nei loro confronti nei limiti previsti dagli articoli 6 e 7 del decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 74.»;

f) all'articolo 28-*bis*:

1) dopo il comma 2, è inserito il seguente: «2-*bis*. Nella risposta alla richiesta di informazioni da parte della pubblica amministrazione in ordine ad un cittadino di Paese terzo, ad una persona di cui non è nota la cittadinanza e ad un apolide sono riportate le informazioni sulle condanne acquisite alle condizioni e secondo le modalità previste dagli articoli 6 e 7 del decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 74.»;

2) dopo il comma 3, è aggiunto il seguente: «3-*bis*. La pubblica amministrazione di altro Stato membro dell'Unione europea che rivolge richiesta di informazioni all'Ufficio centrale nei confronti di un cittadino di Paese terzo, di una persona di cui non è nota la cittadinanza e di un apolide cittadino italiano acquisisce da esso le informazioni relative alle condanne acquisite alle condizioni e secondo le modalità previste dagli articoli 6 e 7 del decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 74.»;

g) all'articolo 42, dopo il comma 1-*bis*, è inserito il seguente: «1-*ter*. Quando, in conseguenza di modifiche normative intervenute nella disciplina degli scambi tra i casellari giudiziali europei ovvero di atti di esecuzione adottati dalla Commissione europea per la disciplina di tali scambi, occorre aggiornare le regole procedurali di carattere tecnico-operativo, il Ministero della giustizia provvede con uno o più decreti emanati ai sensi del comma 1-*bis* all'adeguamento delle regole procedurali ivi indicate»;

h) all'articolo 43, al comma 1, le parole «o ad un cittadino di Stato non appartenente all'Unione europea,» sono sostituite dalle seguenti: «ad un cittadino di Stato non appartenente all'Unione europea, ad una persona di cui non è nota la cittadinanza o ad un apolide,».

Art. 4.

Abrogazioni e disposizioni transitorie

1. L'articolo 8 del decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 74, è abrogato.

2. Fatto salvo quanto previsto dal comma 3, il decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 75 è abrogato.

3. Le disposizioni dell'articolo 4 del decreto legislativo n. 75 del 2016 continuano ad applicarsi, nella trasmissione delle informazioni sui casellari giudiziali, sino all'emanazione dei decreti del Ministero della giustizia di cui all'articolo 42, comma 1-*ter*, del decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313, inserito dall'articolo 3, comma 1, lettera *g)*, del presente decreto.

Art. 5.

Clausola di invarianza finanziaria

1. Dall'attuazione delle disposizioni di cui al presente decreto non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

2. Le Amministrazioni interessate provvedono agli adempimenti previsti dal presente decreto con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Art. 6.

Entrata in vigore

1. Il presente decreto entra in vigore il 28 giugno 2022.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. E' fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Dato a Roma, addì 27 maggio 2022

MATTARELLA

DRAGHI, *Presidente del Consiglio dei ministri*

CARTABIA, *Ministro della giustizia*

DI MAIO, *Ministro degli affari esteri e della cooperazione internazionale*

FRANCO, *Ministro dell'economia e delle finanze*

Visto, *il Guardasigilli:* CARTABIA

NOTE

AVVERTENZA:

Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'amministrazione competente in materia, ai sensi dell'art. 10 commi 2 e 3, del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge modificate o alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note alle premesse:

— Si riporta il testo dell'articolo 76 della Costituzione della Repubblica italiana:

«Art. 76. L'esercizio della funzione legislativa non può essere delegato al Governo se non con determinazione di principi e criteri direttivi e soltanto per tempo limitato e per oggetti definiti.».

— L'articolo 87, quinto comma, della Costituzione della Repubblica italiana conferisce al Presidente della Repubblica il potere di promulgare le leggi ed emanare i decreti aventi valore di legge e i regolamenti.

— Si riporta il testo dell'articolo 14 della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei Ministri):

«Art. 14. *(Decreti legislativi).* — 1. I decreti legislativi adottati dal Governo ai sensi dell'articolo 76 della Costituzione sono emanati dal Presidente della Repubblica con la denominazione di "decreto legislativo" e con l'indicazione, nel preambolo, della legge di delegazione, della deliberazione del Consiglio dei ministri e degli altri adempimenti del procedimento prescritti dalla legge di delegazione.

2. L'emanazione del decreto legislativo deve avvenire entro il termine fissato dalla legge di delegazione; il testo del decreto legislativo adottato dal Governo è trasmesso al Presidente della Repubblica, per la emanazione, almeno venti giorni prima della scadenza.

3. Se la delega legislativa si riferisce ad una pluralità di oggetti distinti suscettibili di separata disciplina, il Governo può esercitarla mediante più atti successivi per uno o più degli oggetti predetti. In relazione al termine finale stabilito dalla legge di delegazione, il Governo informa periodicamente le Camere sui criteri che segue nell'organizzazione dell'esercizio della delega.

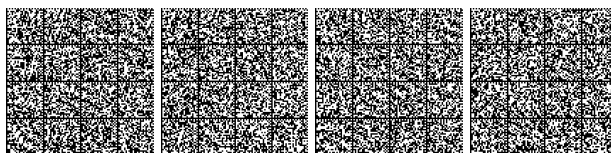
4. In ogni caso, qualora il termine previsto per l'esercizio della delega ecceda i due anni, il Governo è tenuto a richiedere il parere delle Camere sugli schemi dei decreti delegati. Il parere è espresso dalle Commissioni permanenti delle due Camere competenti per materia entro sessanta giorni, indicando specificamente le eventuali disposizioni non ritenute corrispondenti alle direttive della legge di delegazione. Il Governo, nei trenta giorni successivi, esaminato il parere, ritrasmette, con le sue osservazioni e con eventuali modificazioni, i testi alle Commissioni per il parere definitivo che deve essere espresso entro trenta giorni.».

— Si riporta il testo degli articoli 31 e 32 della legge 24 dicembre 2012, n. 234 (Norme generali sulla partecipazione dell'Italia alla formazione e all'attuazione della normativa e delle politiche dell'Unione europea):

«Art. 31. *(Procedure per l'esercizio delle deleghe legislative conferite al Governo con la legge di delegazione europea).* — 1. In relazione alle deleghe legislative conferite con la legge di delegazione europea per il recepimento delle direttive, il Governo adotta i decreti legislativi entro il termine di quattro mesi antecedenti a quello di recepimento indicato in ciascuna delle direttive; per le direttive il cui termine così determinato sia già scaduto alla data di entrata in vigore della legge di delegazione europea, ovvero scada nei tre mesi successivi, il Governo adotta i decreti legislativi di recepimento entro tre mesi dalla data di entrata in vigore della medesima legge; per le direttive che non prevedono un termine di recepimento, il Governo adotta i relativi decreti legislativi entro dodici mesi dalla data di entrata in vigore della legge di delegazione europea.

2. I decreti legislativi sono adottati, nel rispetto dell'articolo 14 della legge 23 agosto 1988, n. 400, su proposta del Presidente del Consiglio dei Ministri o del Ministro per gli affari europei e del Ministro con competenza prevalente nella materia, di concerto con i Ministri degli affari esteri, della giustizia, dell'economia e delle finanze e con gli altri Ministri interessati in relazione all'oggetto della direttiva. I decreti legislativi sono accompagnati da una tabella di concordanza tra le disposizioni in essi previste e quelle della direttiva da recepire, predisposta dall'amministrazione con competenza istituzionale prevalente nella materia.

3. La legge di delegazione europea indica le direttive in relazione alle quali sugli schemi dei decreti legislativi di recepimento è acquisito il parere delle competenti Commissioni parlamentari della Camera dei deputati e del Senato della Repubblica. In tal caso gli schemi dei decreti legislativi sono trasmessi, dopo l'acquisizione degli altri pareri previsti dalla legge, alla Camera dei deputati e al Senato della Repubblica affinché su di essi sia espresso il parere delle competenti Commissioni parlamentari. Decorsi quaranta giorni dalla data di trasmissione, i decreti sono emanati anche in mancanza del parere. Qualora il termine per l'espressione del parere parlamentare di cui al presente comma ovvero i diversi termini previsti dai commi 4 e 9 scadano nei trenta giorni che precedono la scadenza dei termini di delega previsti ai commi 1 o 5 o successivamente, questi ultimi sono prorogati di tre mesi.

4. Gli schemi dei decreti legislativi recanti recepimento delle direttive che comportino conseguenze finanziarie sono corredati della relazione tecnica di cui all'articolo 17, comma 3, della legge 31 dicembre 2009, n. 196. Su di essi è richiesto anche il parere delle Commissioni parlamentari competenti per i profili finanziari. Il Governo, ove non intenda conformarsi alle condizioni formulate con riferimento all'esigenza di garantire il rispetto dell'articolo 81, quarto comma, della Costituzione, ritrasmette alle Camere i testi, corredati dei necessari elementi integrativi d'informazione, per i pareri definitivi delle Commissioni parlamentari competenti per i profili finanziari, che devono essere espressi entro venti giorni.

5. Entro ventiquattro mesi dalla data di entrata in vigore di ciascuno dei decreti legislativi di cui al comma 1, nel rispetto dei principi e criteri direttivi fissati dalla legge di delegazione europea, il Governo può adottare, con la procedura indicata nei commi 2, 3 e 4, disposizioni integrative e correttive dei decreti legislativi emanati ai sensi del citato comma 1, fatto salvo il diverso termine previsto dal comma 6.

6. Con la procedura di cui ai commi 2, 3 e 4 il Governo può adottare disposizioni integrative e correttive di decreti legislativi emanati ai sensi del comma 1, al fine di recepire atti delegati dell'Unione europea di cui all'articolo 290 del Trattato sul funzionamento dell'Unione europea, che modificano o integrano direttive recepite con tali decreti legislativi. Le disposizioni integrative e correttive di cui al primo periodo sono adottate nel termine di cui al comma 5 o nel diverso termine fissato dalla legge di delegazione europea. Resta ferma la disciplina di cui all'articolo 36 per il recepimento degli atti delegati dell'Unione europea che recano meri adeguamenti tecnici.

7. I decreti legislativi di recepimento delle direttive previste dalla legge di delegazione europea, adottati, ai sensi dell'articolo 117, quinto comma, della Costituzione, nelle materie di competenza legislativa delle regioni e delle province autonome, si applicano alle condizioni e secondo le procedure di cui all'articolo 41, comma 1.

8. I decreti legislativi adottati ai sensi dell'articolo 33 e attinenti a materie di competenza legislativa delle regioni e delle province autonome sono emanati alle condizioni e secondo le procedure di cui all'articolo 41, comma 1.

9. Il Governo, quando non intende conformarsi ai pareri parlamentari di cui al comma 3, relativi a sanzioni penali contenute negli schemi di decreti legislativi recanti attuazione delle direttive, ritrasmette i testi, con le sue osservazioni e con eventuali modificazioni, alla Camera dei deputati e al Senato della Repubblica. Decorsi venti giorni dalla data di ritrasmissione, i decreti sono emanati anche in mancanza di nuovo parere.»

«Art. 32. *(Principi e criteri direttivi generali di delega per l'attuazione del diritto dell'Unione europea)*. — 1. Salvi gli specifici principi e criteri direttivi stabiliti dalla legge di delegazione europea e in aggiunta a quelli contenuti nelle direttive da attuare, i decreti legislativi di cui all'articolo 31 sono informati ai seguenti principi e criteri direttivi generali:

a) le amministrazioni direttamente interessate provvedono all'attuazione dei decreti legislativi con le ordinarie strutture amministrative, secondo il principio della massima semplificazione dei procedimenti e delle modalità di organizzazione e di esercizio delle funzioni e dei servizi;

b) ai fini di un migliore coordinamento con le discipline vigenti per i singoli settori interessati dalla normativa da attuare, sono introdotte le occorrenti modificazioni alle discipline stesse, anche attraverso il riassetto e la semplificazione normativi con l'indicazione esplicita delle norme abrogate, fatti salvi i procedimenti oggetto di semplificazione amministrativa ovvero le materie oggetto di delegificazione;

c) gli atti di recepimento di direttive dell'Unione europea non possono prevedere l'introduzione o il mantenimento di livelli di regolazione superiori a quelli minimi richiesti dalle direttive stesse, ai sensi dell'articolo 14, commi 24-*bis*, 24-*ter* e 24-*quater*, della legge 28 novembre 2005, n. 246;

d) al di fuori dei casi previsti dalle norme penali vigenti, ove necessario per assicurare l'osservanza delle disposizioni contenute nei decreti legislativi, sono previste sanzioni amministrative e penali per le infrazioni alle disposizioni dei decreti stessi. Le sanzioni penali, nei limiti, rispettivamente, dell'ammenda fino a 150.000 euro e dell'arresto fino a tre anni, sono previste, in via alternativa o congiunta, solo nei casi in cui le infrazioni ledano o espongano a pericolo interessi costituzionalmente protetti. In tali casi sono previste: la pena dell'ammenda alternativa all'arresto per le infrazioni che espongano a pericolo o danneggino l'interesse protetto; la pena dell'arresto congiunta a quella dell'ammenda per le infrazioni che rechino un danno di particolare gravità. Nelle predette ipotesi, in luogo dell'arresto e dell'ammenda, possono essere previste anche le sanzioni alternative di cui agli articoli 53 e seguenti del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274, e la relativa competenza del giudice di pace. La sanzione amministrativa del pagamento di una somma non inferiore a 150 euro e non superiore a 150.000 euro è prevista per le infrazioni che ledono o espongono a pericolo interessi diversi da quelli indicati dalla presente lettera. Nell'ambito dei limiti minimi e massimi previsti, le sanzioni indicate dalla presente lettera sono determinate nella loro entità, tenendo conto della diversa potenzialità lesiva dell'interesse protetto che ciascuna infrazione presenta in astratto, di specifiche qualità personali del colpevole, comprese quelle che impongono particolari doveri di prevenzione, controllo o vigilanza, nonché del vantaggio patrimoniale che l'infrazione può recare al colpevole ovvero alla persona o all'ente nel cui interesse egli agisce. Ove necessario per assicurare l'osservanza delle disposizioni contenute nei decreti legislativi, sono previste inoltre le sanzioni amministrative accessorie della sospensione fino a sei mesi e, nei casi più gravi, della privazione definitiva di facoltà e diritti derivanti da provvedimenti dell'amministrazione, nonché sanzioni penali accessorie nei limiti stabiliti dal codice penale. Al medesimo fine è prevista la confisca obbligatoria delle cose che servirono o furono destinate a commettere l'illecito amministrativo o il reato previsti dai medesimi decreti legislativi, nel rispetto dei limiti stabiliti dall'articolo 240, terzo e quarto comma, del codice penale e dall'articolo 20 della legge 24 novembre 1981, n. 689, e successive modificazioni. Entro i limiti di pena indicati nella presente lettera sono previste sanzioni anche accessorie identiche a quelle eventualmente già comminate dalle leggi vigenti per violazioni omogenee e di pari offensività rispetto alle infrazioni alle disposizioni dei decreti legislativi. Nelle materie di cui all'articolo 117, quarto comma, della Costituzione, le sanzioni amministrative sono determinate dalle regioni;

e) al recepimento di direttive o all'attuazione di altri atti dell'Unione europea che modificano precedenti direttive o atti già attuati con legge o con decreto legislativo si procede, se la modificazione non comporta ampliamento della materia regolata, apportando le corrispondenti modificazioni alla legge o al decreto legislativo di attuazione della direttiva o di altro atto modificato;

f) nella redazione dei decreti legislativi di cui all'articolo 31 si tiene conto delle eventuali modificazioni delle direttive dell'Unione europea comunque intervenute fino al momento dell'esercizio della delega;

g) quando si verifichino sovrapposizioni di competenze tra amministrazioni diverse o comunque siano coinvolte le competenze di più amministrazioni statali, i decreti legislativi individuano, attraverso le più opportune forme di coordinamento, rispettando i principi di sussidiarietà, differenziazione, adeguatezza e leale collaborazione e le competenze delle regioni e degli altri enti territoriali, le procedure per salvaguardare l'unitarietà dei processi decisionali, la trasparenza, la celerità, l'efficacia e l'economicità nell'azione amministrativa e la chiara individuazione dei soggetti responsabili;

h) qualora non siano di ostacolo i diversi termini di recepimento, vengono attuate con un unico decreto legislativo le direttive che riguardano le stesse materie o che comunque comportano modifiche degli stessi atti normativi;

i) è assicurata la parità di trattamento dei cittadini italiani rispetto ai cittadini degli altri Stati membri dell'Unione europea e non può essere previsto in ogni caso un trattamento sfavorevole dei cittadini italiani.».

— Si riporta il testo dell'articolo 1, comma 1, e il testo dell'allegato A, n. 19), della legge 22 aprile 2021, n. 53 (Delega al Governo per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione di altri atti dell'Unione europea - Legge di delegazione europea 2019-2020):

«Art. 1 *(Delega al Governo per il recepimento delle direttive e l'attuazione degli altri atti dell'Unione europea)*. — 1. Il Governo è delegato ad adottare, secondo i termini, le procedure, i princìpi e i criteri direttivi di cui agli articoli 31 e 32 della legge 24 dicembre 2012, n. 234, nonché secondo quelli specifici dettati dalla presente legge e tenendo conto delle eccezionali conseguenze economiche e sociali derivanti dalla pandemia di COVID-19, i decreti legislativi per il recepimento delle direttive europee e l'attuazione degli altri atti dell'Unione europea di cui agli articoli da 3 a 29 e all'allegato A.»

«Allegato A

(articolo 1, comma 1)

(*Omissis*);

19) direttiva (UE) 2019/884 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 aprile 2019, che modifica la decisione quadro 2009/315/GAI del Consiglio per quanto riguarda lo scambio di informazioni sui cittadini di paesi terzi e il sistema europeo di informazione sui casellari giudiziali (ECRIS), e che sostituisce la decisione 2009/316/GAI del Consiglio (termine di recepimento: 28 giugno 2022);».

Note all'art. 2:

— Si riporta il testo degli articoli 1, 2 e 4 del decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 74 (Attuazione della decisione quadro 2009/315/GAI, relativa all'organizzazione e al contenuto degli scambi fra gli Stati membri di informazioni estratte dal casellario giudiziario), come modificato dal presente decreto:

«Art. 1 *(Disposizioni di principio e ambito di applicazione).* — 1. Il presente decreto attua nell'ordinamento interno le disposizioni della decisione quadro 2009/315/GAI del Consiglio, del 26 febbraio 2009, relativa all'organizzazione e al contenuto degli scambi fra gli Stati membri di informazioni estratte dal casellario giudiziario, ai fini della creazione e dello sviluppo di un sistema informatizzato di scambio di informazioni sulle condanne.»

«Art. 2 *(Definizioni).* — 1. Ai fini del presente decreto si intende per:

a) "condanna": ogni decisione definitiva di condanna adottata dalla autorità giudiziaria penale nei confronti di una persona fisica in relazione a un reato e iscritta nel casellario giudiziale;

b) "procedimento penale": procedimento, sia nella fase delle indagini preliminari che nelle fasi successive all'esercizio dell'azione penale;

c) "casellario giudiziale": registro nazionale in cui sono riportate le condanne;

d) "Paese terzo": Paese non membro dell'Unione europea;

d-bis*) "impronte digitali": le impressioni piatte e rollate delle impronte digitali di ciascun dito;*

d-ter*) "immagine del volto": le immagini digitalizzate del volto di una persona.*

1-bis. *Le disposizioni del presente decreto che si riferiscono ai cittadini di un Paese terzo si applicano, altresì, agli apolidi e alle persone la cui cittadinanza è ignota.*»

«Art. 4 *(Condanne pronunciate in Italia nei confronti di cittadino di altro Stato membro). — 1. L'Ufficio centrale comunica senza indugio qualsiasi condanna pronunciata in Italia e iscritta nel casellario giudiziale all'autorità centrale dello Stato membro o degli Stati membri di cittadinanza della persona condannata, pur quando questa abbia anche la cittadinanza italiana.*

2. Le informazioni trasmesse allo Stato membro o agli Stati membri di cittadinanza sono quelle di cui all'articolo 5-*ter* del decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313.

2-bis. *Nel trasmettere le informazioni l'Ufficio centrale comunica che esse non possono essere ritrasmesse per fini diversi da un procedimento penale.*

3. Le modifiche e le eliminazioni dei dati del casellario giudiziale, già comunicati allo Stato membro o agli Stati membri di cittadinanza, sono immediatamente trasmesse all'autorità centrale di detti Stati.

4. Sono altresì inviate, previa richiesta, le copie delle sentenze e dei conseguenti provvedimenti nonché ogni altra informazione pertinente.».

Note all'art. 3:

— Si riporta il testo degli articoli 2, 4, 5-*ter*, 19, comma 5-*bis*, 25-*ter*, 28-*bis*, 42 e 43 del decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313 (Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di casellario giudiziale, di casellario giudiziale europeo, di anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato e dei relativi carichi pendenti), come modificato dal presente decreto:

«Art. 2 *(Definizioni).* — 1. Ai fini del presente testo unico, se non diversamente ed espressamente indicato:

a) "casellario giudiziale" è il registro nazionale che contiene l'insieme dei dati relativi a provvedimenti giudiziari e amministrativi riferiti a soggetti determinati;

a-*bis*) "casellario giudiziale europeo" è l'insieme dei dati relativi a provvedimenti giudiziari di condanna adottati negli Stati membri dell'Unione europea nei confronti di cittadini italiani;

b) "casellario dei carichi pendenti" è l'insieme dei dati relativi a provvedimenti giudiziari riferiti a soggetti determinati che hanno la qualità di imputato;

c) "anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato" è l'insieme dei dati relativi a provvedimenti giudiziari che applicano, agli enti con personalità giuridica e alle società e associazioni anche prive di personalità giuridica, le sanzioni amministrative dipendenti da reato, ai sensi del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231;

d) "anagrafe dei carichi pendenti degli illeciti amministrativi dipendenti da reato" è l'insieme dei dati relativi a provvedimenti giudiziari riferiti agli enti con personalità giuridica e alle società e associazioni anche prive di personalità giuridica, cui è stato contestato l'illecito amministrativo dipendente da reato, ai sensi del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231;

e) "ente" è l'ente fornito di personalità giuridica, la società e l'associazione, anche priva di personalità giuridica, ai sensi del decreto legislativo 8 giugno 2001, n. 231;

e-*bis*) "procedimento penale" è il procedimento, sia nella fase delle indagini preliminari che nelle fasi successive all'esercizio dell'azione penale;

f) "provvedimento giudiziario" è la sentenza, il decreto penale e ogni altro provvedimento emesso dall'autorità giudiziaria;

g) "provvedimento giudiziario definitivo" è il provvedimento divenuto irrevocabile, passato in giudicato o, comunque, non più soggetto a impugnazione con strumenti diversi dalla revocazione;

g-*bis*) "condanna" è ogni decisione definitiva di condanna adottata dalla autorità giudiziaria penale nei confronti di una persona fisica in relazione a un reato e riportata nel casellario giudiziale;

h) "codice identificativo" è il codice fiscale o il codice individuato ai sensi dell'articolo 43;

h-bis*) "impronte digitali" sono le impressioni piatte e rollate delle impronte digitali di ciascun dito;*

h-ter*) "immagine del volto" è l'insieme delle immagini digitalizzate del volto di una persona;*

i) "numero identificativo del procedimento" è il numero del procedimento assegnato dal sistema al momento dell'iscrizione nel registro di cui all'articolo 335, del codice di procedura penale;

l) "estratto" è l'insieme dei dati del provvedimento giudiziario o amministrativo da inserire nel sistema;

m) "ufficio iscrizione" è l'ufficio presso l'autorità giudiziaria che ha emesso il provvedimento giudiziario soggetto a iscrizione o a eliminazione, che ha competenze nella materia del presente testo unico;

n) "ufficio territoriale" è l'ufficio presso il giudice di pace, che ha competenze nella materia del presente testo unico;

o) "ufficio locale" è l'ufficio presso il tribunale e presso il tribunale per i minorenni, che ha competenze nella materia del presente testo unico;

p) "ufficio centrale" è l'ufficio presso il Ministero della giustizia, che ha competenze nella materia del presente testo unico;

p-*bis*) "autorità centrali" sono gli enti competenti per lo scambio di informazioni sulle sentenze penali di condanna designati dagli Stati membri dell'Unione europea;

q) "sistema" è il sistema informativo automatizzato del casellario giudiziale, del casellario giudiziale europeo, del casellario dei carichi pendenti, dell'anagrafe delle sanzioni amministrative dipendenti da reato, dell'anagrafe dei carichi pendenti degli illeciti amministrativi dipendenti da reato.»

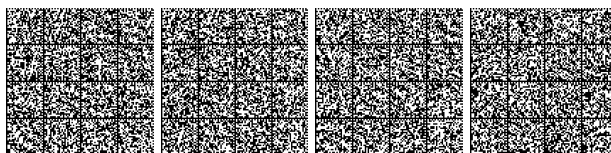
«Art. 4 *(Estratto del provvedimento iscrivibile).* — 1. Ogni provvedimento giudiziario e amministrativo è iscritto per estratto contenente i seguenti dati:

a) cognome, nome, luogo e data di nascita, *cittadinanza,* codice identificativo della persona cui si riferisce il provvedimento; codice identificativo è il codice fiscale per il cittadino italiano e per il cittadino di Stato dell'Unione europea che abbia il domicilio fiscale in Italia, nonché il codice individuato ai sensi dell'articolo 43 per il cittadino di Stato dell'Unione europea che non abbia il codice fiscale *, per il cittadino di Stato non appartenente all'Unione europea, per la persona di cui non è nota la cittadinanza e per l'apolide*;

b) numero identificativo del procedimento;

c) autorità che ha emesso il provvedimento;

d) data, dispositivo del provvedimento e norme applicate.

1-bis. *Quando le informazioni sulla cittadinanza della persona condannata non sono note, o quando la persona condannata è un apolide, nell'estratto ne è fatta specifica menzione.*

2. L'estratto del provvedimento giudiziario penale contiene, inoltre, secondo il tipo di provvedimento, i seguenti dati:

a) luogo, data dell'infrazione e norme applicate, con riferimento a ciascun reato;

b) pena principale e pena accessoria, circostanze, sanzione sostitutiva, sospensione condizionale della pena e non menzione della condanna nel certificato del casellario giudiziale, misure alternative alla detenzione, con riferimento a ciascun reato, anche nelle ipotesi di cui all'articolo 81, del codice penale e dell'articolo 6, del decreto legislativo 28 agosto 2000, n. 274;

c) misura di sicurezza, dichiarazione di abitualità o professionalità, dichiarazione di tendenza a delinquere.»

«Art. 5-*ter (Estratto del provvedimento iscrivibile)*. — 1. Ogni estratto di condanna ricevuto è conservato integralmente attraverso l'iscrizione dei seguenti dati:

a) informazioni obbligatorie necessariamente trasmesse dallo Stato di condanna:

1) nome completo (cognome, nome, eventuale secondo cognome, eventuale secondo nome), data di nascita, luogo di nascita, composto di città e Stato, sesso, cittadinanza ed eventuali nomi precedenti;

2) data della condanna, nome dell'organo giurisdizionale, data in cui la decisione è diventata definitiva;

3) data del reato, qualificazione giuridica del fatto, riferimento alle disposizioni giuridiche applicabili;

4) pena, principale ed accessoria, misure di sicurezza e decisioni successive che modificano l'esecuzione della pena;

b) informazioni facoltative trasmesse se iscritte nel casellario giudiziale dello Stato di condanna:

1) nome dei genitori della persona condannata;

2) numero di riferimento della condanna;

3) luogo del reato;

4) interdizioni derivanti dalla condanna;

c) informazioni supplementari che devono essere trasmesse se sono a disposizione dell'autorità centrale dello Stato di condanna:

1) numero di identità o tipo e numero del documento di identificazione della persona condannata;

2) impronte digitali della persona condannata, conservate ai sensi dell'articolo 43;

*2-*bis*) immagine del volto della persona condannata;*

3) eventuali pseudonimi della persona condannata.»

«Art. 19 *(Ufficio centrale)*. — 1. - 5. (*omissis*).

5-*bis*. L'Ufficio centrale svolge, altresì, i seguenti compiti:

a) raccoglie e conserva i dati immessi nel sistema del casellario giudiziale europeo, ricevuti dalle autorità centrali degli altri Stati membri di condanna;

b) trasmette le informazioni relative alle condanne pronunciate nel proprio territorio nei confronti di cittadini di altro Stato membro dell'Unione europea;

c) rivolge all'autorità centrale degli altri Stati membri richiesta di estrazione di informazioni sulle condanne in ordine a cittadini di tali Stati, a cittadini di Paesi terzi *, a persone di cui non è nota la cittadinanza* e ad apolidi;

d) riceve dall'autorità centrale degli altri Stati membri le risposte alle richieste di estrazione di informazioni sulle condanne da esso formulate in ordine a cittadini di tali Stati, a cittadini di Paesi terzi *, a persone di cui non è nota la cittadinanza* e ad apolidi;

e) risponde alle richieste di informazioni sulle condanne degli organi della giurisdizione penale italiana relative a cittadini italiani, cittadini di Paesi terzi *, persone di cui non è nota la cittadinanza* e apolidi;

f) risponde alle richieste di informazioni sul casellario giudiziale europeo formulate da un cittadino italiano ovvero risponde alla richiesta di informazioni sulle condanne presentata da un cittadino di altro Stato membro rivolgendo istanza all'autorità centrale dello Stato membro di cittadinanza di quest'ultimo;

*f-*bis*) risponde alle richieste di informazioni sul casellario giudiziale formulate da un cittadino di Paese terzo, da una persona di cui non è nota la cittadinanza e da un apolide alle condizioni e secondo le modalità previste dagli articoli 6 e 7 del decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 74;*

g) risponde alle richieste di informazioni sulle condanne formulate dalle autorità centrali di altri Stati membri, per fini diversi da un procedimento penale.

6. (*omissis*).»

«Art. 25-*ter (Certificato del casellario giudiziale europeo richiesto dall'interessato)*. — 1. Il cittadino italiano ha diritto di ottenere, senza motivare la richiesta, il rilascio del certificato contenente le iscrizioni esistenti nel casellario giudiziale europeo, nella misura in cui il diritto dello Stato membro di condanna ne preveda la menzione.

1-*bis*. Il certificato di cui al comma 1 contiene anche l'attestazione relativa alla sussistenza o non di iscrizioni nel casellario giudiziale.

2. Il cittadino di altro Stato membro dell'Unione europea che rivolge richiesta di informazioni all'Ufficio centrale acquisisce da esso le informazioni relative alle condanne pronunciate nello Stato membro di cittadinanza e a quelle dallo stesso ricevute e conservate, nella misura in cui il diritto dello Stato membro di condanna ne preveda la menzione.

*2-*bis*. Il cittadino di Paese terzo, la persona di cui non è nota la cittadinanza e l'apolide che rivolge richiesta di informazioni all'Ufficio centrale acquisiscono da esso le informazioni relative alle condanne pronunciate nei loro confronti nei limiti previsti dagli articoli 6 e 7 del decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 74.*»

«Art. 28-*bis (Certificato del casellario giudiziale europeo richiesto dalla pubblica amministrazione)*. — 1. Nel certificato del casellario giudiziale europeo richiesto dalla pubblica amministrazione sono riportate le iscrizioni del casellario giudiziale europeo, in ordine a un cittadino italiano, nella misura in cui il diritto dello Stato membro di condanna ne preveda la menzione.

1-*bis*. Il certificato di cui al comma 1 contiene anche l'attestazione relativa alla sussistenza o non di iscrizioni nel casellario giudiziale.

2. Nella risposta alla richiesta di informazioni da parte della pubblica amministrazione in ordine ad un cittadino di altro Stato membro sono riportate le condanne pronunciate nello stesso e quelle da esso ricevute e conservate, nella misura in cui il diritto dello Stato membro di condanna ne preveda la menzione.

*2-*bis*. Nella risposta alla richiesta di informazioni da parte della pubblica amministrazione in ordine ad un cittadino di Paese terzo, ad una persona di cui non è nota la cittadinanza e ad un apolide sono riportate le informazioni sulle condanne acquisite alle condizioni e secondo le modalità previste dagli articoli 6 e 7 del decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 74.*

3. La pubblica amministrazione di altro Stato membro dell'Unione europea che rivolge richiesta di informazioni all'Ufficio centrale nei confronti di un cittadino italiano acquisisce da esso le informazioni relative alle condanne iscritte:

a) nel casellario giudiziale;

b) nel casellario giudiziale europeo, nella misura in cui il diritto dello Stato membro di condanna ne preveda la menzione.

*3-*bis*. La pubblica amministrazione di altro Stato membro dell'Unione europea che rivolge richiesta di informazioni all'Ufficio centrale nei confronti di un cittadino di Paese terzo, di una persona di cui non è nota la cittadinanza e di un apolide cittadino italiano acquisisce da esso le informazioni relative alle condanne acquisite alle condizioni e secondo le modalità previste dagli articoli 6 e 7 del decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 74.*»

«Art. 42 *(Regole tecniche del sistema)*. — 1. Le regole tecniche di funzionamento del sistema, attinenti alle procedure degli uffici e tra gli uffici interessati, alle procedure concernenti l'utilizzazione del codice identificativo e il numero identificativo, ai relativi tempi, e ai servizi certificativi, sono stabilite con decreto dirigenziale del Ministero della Giustizia, nel contesto della disciplina generale di cui all'articolo 41, comma 3, sentiti la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie e il Garante per la protezione dei dati personali.

1-*bis*. Le regole procedurali di carattere tecnico-operativo relative agli scambi tra i casellari giudiziali europei sono stabilite con decreto del Ministero della giustizia, da emanarsi entro sei mesi dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, nell'ambito della disciplina generale di cui all'articolo 41, comma 3, sentiti l'Agenzia per l'Italia digitale e il Garante per la protezione dei dati personali.

*1-*ter*. Quando, in conseguenza di modifiche normative intervenute nella disciplina degli scambi tra i casellari giudiziali europei ovvero di atti di esecuzione adottati dalla Commissione europea per la*

disciplina di tali scambi, occorre aggiornare le regole procedurali di carattere tecnico-operativo, il Ministero della giustizia provvede con uno o più decreti emanati ai sensi del comma 1-bis *all'adeguamento delle regole procedurali ivi indicate.*

2. Per le procedure concernenti l'utilizzazione del codice identificativo di cui all'articolo 43, il decreto dirigenziale è adottato sentito altresì il Ministero dell'interno. Per le procedure concernenti l'utilizzazione del codice fiscale, fatte salve la disciplina in materia di anagrafe tributaria e codice fiscale e le relative competenze del Ministero dell'economia e delle finanze e delle agenzie fiscali, il decreto è adottato altresì sulla base delle prescrizioni tecniche stabilite con decreto dirigenziale del Ministero dell'economia e delle finanze.

3. Le tecnologie informatiche sono finalizzate a prevenire e correggere eventuali errori nella immissione, scambio, trasmissione e conservazione dei dati, anche in collegamento con il sistema informatizzato dei registri.»

«Art. 43 *(Codice identificativo sulla base delle impronte digitali)*. — 1. Al fine di consentire la sicura riferibilità di un procedimento ad un cittadino di Stato appartenente all'Unione europea, che non abbia il codice fiscale, *ad un cittadino di Stato non appartenente all'Unione europea, ad una persona di cui non è nota la cittadinanza o ad un apolide,* con decreto dirigenziale del Ministero della giustizia, di concerto con il Ministero dell'interno, sentiti la Presidenza del Consiglio dei ministri - Dipartimento per l'innovazione e le tecnologie - e il Garante per la protezione dei dati personali, sono stabilite le regole tecniche che consentono, nei casi previsti dal presente testo unico, l'adozione di un codice identificativo attraverso l'utilizzazione del sistema di riconoscimento delle impronte digitali esistente presso il Ministero dell'interno, come eventualmente modificato o integrato dalla normativa di attuazione prevista dall'art. 34 della legge 30 luglio del 2002, n. 189, e successive modificazioni.

2. Con lo stesso decreto di cui al comma 1, possono essere determinate le modalità di collegamento tra il sistema previsto dall'art. 2 comma 7 del decreto legge 9 settembre 2002, n. 195, convertito, con modificazioni, dalla legge 9 ottobre 2002, n. 222, e il casellario giudiziale.».

Note all'art. 4:

— Si riporta il testo dell'articolo 4 del decreto legislativo 12 maggio 2016, n. 75 (Attuazione della decisione 2009/316/GAI che istituisce il Sistema europeo di informazione sui casellari giudiziari (ECRIS), in applicazione dell'articolo 11 della decisione quadro 2009/315/GAI):

«Art. 4. *(Modalità di trasmissione delle informazioni)*. — 1. Nella trasmissione delle informazioni relative alla qualificazione giuridica del fatto e alle disposizioni normative applicabili si menziona il codice corrispondente a ciascuno dei reati indicati secondo la tavola comune delle categorie e sottocategorie di reato di cui all'allegato A al presente decreto.

2. In assenza di corrispondenza del reato con una sottocategoria, la trasmissione delle informazioni utilizza il codice "categoria aperta" della pertinente categoria o, in mancanza di essa o di categorie analoghe, il codice "altri reati".

3. Nella trasmissione delle informazioni sul contenuto della condanna, specificamente sulle pene e sulle misure di sicurezza nonché sulle decisioni successive che applicano misure alternative si menziona il codice corrispondente a ciascuna delle pene e delle misure, secondo la tavola comune delle categorie e delle sottocategorie delle pene e delle misure di cui all'allegato B al presente decreto.

4. In assenza di corrispondenza delle pene o delle misure di cui al comma 3 con una sottocategoria, la trasmissione delle informazioni utilizza il codice "categoria aperta" della pertinente categoria di pene e misure o, in mancanza di essa o di categorie analoghe, il codice "altre pene e misure".

5. L'Ufficio centrale provvede a definire la corrispondenza dei reati e delle pene, oltre che delle altre misure di cui al comma 3, con le indicazioni delle tavole di cui agli allegati A e B al presente decreto, curando altresì l'aggiornamento delle stesse.

6. L'Ufficio centrale, nel fornire le informazioni richieste, specifica, ove possibile, se il reato è stato commesso in forma consumata o tentata, con modalità concorsuali, se sono stati riconosciuti e applicati difetti di imputabilità, cause di giustificazione o cause di non punibilità, se è stata riconosciuta ed applicata la recidiva. Può dare, altresì, se pertinenti, informazioni circa la natura e le condizioni di esecuzione delle pene e delle altre misure applicate, secondo i parametri di cui all'allegato B al presente decreto.

7. L'Ufficio centrale indica il parametro "decisioni non penali" soltanto nei casi in cui lo Stato membro di cui la persona interessata ha la cittadinanza fornisca, su base volontaria, informazioni su dette decisioni in risposta a una richiesta di informazioni sulle condanne.».

— Per l'articolo 42 del citato decreto del Presidente della Repubblica 14 novembre 2002, n. 313, si vedano le note all'articolo 3.

22G00083

MINISTERO DELLA SALUTE

DECRETO 23 maggio 2022, n. **77**.

Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.

IL MINISTRO DELLA SALUTE

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Visto l'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, il quale dispone che con regolamento adottato ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400 sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Vista la sentenza della Corte costituzionale n. 134 del 2006, che ha dichiarato l'illegittimità costituzionale dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, nella parte in cui prevede che il regolamento del Ministro della salute ivi contemplato, con cui sono fissati gli standard e sono individuate le tipologie di assistenza e i servizi, sia adottato «sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano», anziché «previa intesa con la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano;

Visto l'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, e successive modificazioni;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private;

Visto il decreto del 2 aprile 2015, n. 70, del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze concernente il «Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera»;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 recante «Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui

all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017;

Vista l'Intesa adottata il 18 dicembre 2019 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente il «Patto per la Salute per gli anni 2019-2021» (Rep. Atti n. 209/CSR);

Visto il decreto del 12 marzo 2019 del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze concernente il «Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria»;

Visto il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34 recante «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19» convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 180 del 18 luglio 2020;

Visto il decreto del Ministro della salute 26 febbraio 2021 con il quale è stata costituita la Cabina di regia del Patto per la salute 2019-2021 che a sua volta ha istituito i gruppi di lavoro tecnici coordinati dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Ministero della salute e dall'Agenzia Nazionale per i servizi sanitari regionali (Agenas);

Visto il Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), approvato dal Consiglio dell'Unione Europea il 6 luglio 2021 (10160/21), in particolare la Missione 6 Salute, Component 1: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale;

Vista la Riforma sulle Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale e rete nazionale della salute, ambiente e clima nell'ambito del PNRR (M6C1-1 «Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale) che prevede la definizione di standard strutturali, organizzativi e tecnologici omogenei per l'assistenza territoriale e il sistema di prevenzione salute ambiente e clima e l'identificazione delle strutture ad essa deputate, che intende perseguire una nuova strategia sanitaria, sostenuta dalla definizione di un adeguato assetto istituzionale ed organizzativo, che consenta al Paese di conseguire standard qualitativi di cura adeguati, in linea con i migliori paesi europei e che consideri, sempre più, il SSN come parte di un più ampio sistema di *welfare* comunitario secondo un approccio *one health* e con una visione olistica («*Planetary Health*»;

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 15 luglio 2021 con cui sono stati individuati per ciascuno degli investimenti del Piano nazionale per gli investimenti complementari (PNC) di competenza del Ministero della salute, attraverso le schede di progetto, gli obiettivi iniziali, intermedi e finali, nonché le relative modalità di monitoraggio;

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 6 agosto 2021, recante «Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del piano Nazionale di Riprese e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione»;

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 23 novembre 2021, recante modifiche alla Tabella A del decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 6 agosto 2021 di assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione;

Visto l'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 310 del 31 dicembre 2021 ai sensi del quale si dispone che il regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, sia da adottare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze;

Visto, altresì, il comma 163, dell'articolo 1, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024 pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 310 del 31 dicembre 2021;

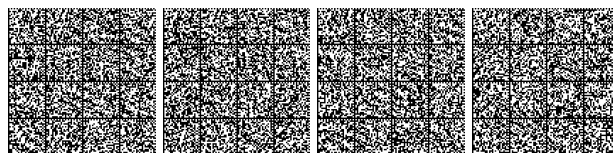
Visto il decreto del Ministro della salute 20 gennaio 2022 recante la ripartizione delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e di Bolzano per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari;

Dato atto che il documento tecnico è stato redatto con il coordinamento di Agenas, nell'ambito dei gruppi di lavoro istituiti dalla Cabina di regia del Patto per la Salute 2019-2021;

Ritenuto necessario, per le finalità sopra individuate, anche al fine di garantire la tutela della salute, di cui all'articolo 32 della Costituzione, procedere alla definizione, in modo uniforme per l'intero territorio nazionale, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture sanitarie dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico;

Considerate le mancate intese espresse dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano nelle sedute del 30 marzo e del 21 aprile 2022;

Ritenuto necessario adottare il decreto attivando la procedura di cui all'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, che prevede il coinvolgimento del Consiglio dei ministri, che può intervenire con deliberazione motivata, quando un'intesa espressamente prevista dalla legge non è raggiunta entro trenta giorni dalla prima seduta della Conferenza Stato-regioni in cui l'oggetto è posto all'ordine del giorno;

Vista la delibera motivata del Consiglio dei ministri con la quale, ai sensi dell'articolo 3, comma 3, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, nella seduta del 21 aprile 2022 è stato approvato lo schema di decreto esaminato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano autorizzando il Ministero della salute ad adottarlo di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze;

Udito il parere del Consiglio di Stato, espresso dalla Sezione consultiva per gli atti normativi nell'adunanza del 10 maggio 2022;

Vista la nota prot. n. 8824 del 20 maggio 2022 con la quale, ai sensi dell'articolo 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, lo schema di regolamento è stato comunicato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri;

ADOTTA
il seguente regolamento:

Art. 1.

Standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale

1. Il modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico sono individuati, rispettivamente, negli Allegati 1, avente valore descrittivo, e 2, avente valore prescrittivo, che costituiscono parte integrante del presente decreto. L'allegato 3, costituente altresì parte integrante del presente decreto, reca, a fini definitori, il glossario degli acronimi impiegati.

2. Le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano provvedono entro 6 mesi dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento ad adottare il provvedimento generale di programmazione dell'Assistenza territoriale ai sensi del presente provvedimento.

3. Le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano provvedono ad adeguare l'organizzazione dell'assistenza territoriale e del sistema di prevenzione sulla base degli standard di cui al presente decreto, in coerenza anche con gli investimenti previsti dalla Missione 6 Component 1 del PNRR.

Art. 2.

Monitoraggio

1. Il monitoraggio semestrale degli *standard* previsti dal presente Regolamento è assicurato dal Ministero della salute per il tramite dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas).

2. L'Agenas, procederà ad elaborare una relazione, che invierà al Ministero della salute semestralmente sullo stato di implementazione, in ogni singola regione e provincia autonoma di Trento e di Bolzano, degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico.

3. Ai fini del monitoraggio degli standard dell'assistenza territoriale, relativamente ai livelli essenziali di assistenza, si rinvia all'Allegato I del decreto del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze concernente il «Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria» del 12 marzo 2019, ai sensi dell'articolo 5 del medesimo decreto.

4. La verifica di attuazione del presente Regolamento costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo del servizio sanitario nazionale ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera *c)*, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, prorogato a decorrere dal 2013 dall'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, ed è effettuata nell'ambito del Comitato permanete per la verifica dell'erogazione dei LEA di cui all'articolo 9 dell'intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano sancita in data 23 marzo 2005.

Art. 3.

Regioni a statuto speciale e province autonome

1. Le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano applicano il presente decreto compatibilmente con i propri statuti di autonomia e con le relative norme di attuazione e, per le regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano, che provvedono autonomamente al finanziamento del Servizio sanitario regionale esclusivamente con fondi del proprio bilancio, compatibilmente con le peculiarità demografiche e territoriali di riferimento nell'ambito della loro autonomia organizzativa.

2. Con riferimento ai progetti di investimento della Missione 6 le stesse regioni a statuto speciale e le province autonome di Trento e di Bolzano provvedono anche con le risorse del Piano nazionale di Ripresa e resilienza loro assegnate.

Art. 4.

Clausola di invarianza finanziaria

1. Le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano attuano il presente decreto senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica e nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio sanitario nazionale ivi ricomprendendo le risorse del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Il presente decreto, munito del sigillo dello Stato, sarà inserito nella Raccolta ufficiale degli atti normativi della Repubblica italiana. È fatto obbligo a chiunque spetti di osservarlo e di farlo osservare.

Roma, 23 maggio 2022

Il Ministro della salute
SPERANZA

Il Ministro dell'economia e delle finanze
FRANCO

Visto, *il Guardasigilli*: CARTABIA

Registrato alla Corte dei conti il 14 giugno 2022
Ufficio di controllo sugli atti del Ministero del lavoro e delle politiche sociali, del Ministero dell'istruzione, del Ministero dell'università e della ricerca, del Ministero della cultura, del Ministero della salute, registrazione n. 1713

Allegato 1

Modelli e standard per lo sviluppo dell'Assistenza Territoriale nel Servizio Sanitario Nazionale

SOMMARIO

1. PREMESSA

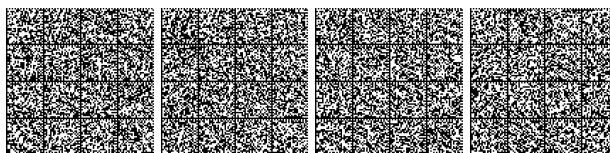
Il presente documento costituisce la Riforma di settore del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) - M6C1-1 - Riforma 1: Definizione di un nuovo modello organizzativo della rete di assistenza sanitaria territoriale - volta a definire modelli e standard relativi all'assistenza territoriale, alla base degli interventi previsti dalla Component 1 della Missione 6 "*Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale*" del PNRR. Si richiama a tal proposito anche l'Appendix 1 contenuto nel documento analitico del PNRR – Missione 6, Component 1.

La cornice del PNRR, si è inoltre arricchita dell'entrata in vigore dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 recante "Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024", di accompagnamento al percorso di implementazione per gli anni 2022-2026 e a regime degli standard di cui al presente documento, con riferimento al personale dipendente e al personale convenzionato, e nel quale è stata autorizzata, a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale, la spesa di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, di 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, di 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, di 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e di 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026. La citata norma dispone che la predetta autorizzazione di spesa decorre dalla data di entrata in vigore del presente Regolamento e che con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le predette somme siano ripartite fra le regioni e le province autonome in base ai criteri definiti dal medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR[1].

La medesima legge n. 234/2021[2] ha previsto un complesso intervento inerente i Livelli essenziali delle prestazioni sociali (LEPS) e gli Ambiti Territoriali Sociali (ATS) al fine di favorire l'integrazione tra gli ambiti sanitari, sociosanitari e sociali ferme restando le rispettive competenze e ferme restando le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza.

Il complesso degli interventi previsti nel presente documento dovrà avvenire nell'ambito delle risorse umane e finanziarie disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

[1] articolo 1 - comma 274: *Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quello convenzionato, è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La predetta autorizzazione decorre dalla data di entrata in vigore del regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, da adottare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, entro il 30 aprile 2022. Con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le somme di cui al primo periodo sono ripartite fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in base ai criteri definiti con il medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR.*

[2] Articolo 1, commi da 159 a 171, della legge n. 234/2021.

2. SVILUPPO DELL'ASSISTENZA TERRITORIALE NEL SSN

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN), uno dei primi al Mondo per qualità e sicurezza, istituito con la legge n. 833 del 1978, si basa, su tre principi fondamentali: universalità, uguaglianza ed equità. Il perseguimento di questi principi richiede un rafforzamento della sua capacità di operare come un sistema vicino alla comunità, progettato per le persone e con le persone.

In tale ottica e contesto si inserisce la necessità di potenziare i servizi assistenziali territoriali per perseguire la garanzia dei LEA, riducendo le disuguaglianze, e contestualmente costruendo un modello di erogazione dei servizi condiviso ed omogeneo sul territorio nazionale.

L'Assistenza Primaria rappresenta la prima porta d'accesso ad un servizio sanitario. Essa rappresenta infatti l'approccio più inclusivo, equo, conveniente ed efficiente per migliorare la salute fisica e mentale degli individui, così come il benessere della società. La Direzione Generale della Commissione Salute Europea (DG SANCO), nel 2014, definisce l'Assistenza Primaria come:

"*l'erogazione di servizi universalmente accessibili, integrati, centrati sulla persona in risposta alla maggioranza dei problemi di salute del singolo e della comunità nel contesto di vita. I servizi sono erogati da équipe multiprofessionali, in collaborazione con i pazienti e i loro caregiver, nei contesti più prossimi alla comunità e alle singole famiglie, e rivestono un ruolo centrale nel garantire il coordinamento e la continuità dell'assistenza alle persone*".

Il SSN persegue, pertanto, questa visione mediante le attività distrettuali, la pianificazione, il rafforzamento e la valorizzazione dei servizi territoriali, in particolare:

- attraverso lo sviluppo di strutture di prossimità, come le Case della Comunità, quale punto di riferimento per la risposta ai bisogni di natura sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria per la popolazione di riferimento;
- attraverso il potenziamento delle cure domiciliari affinché la casa possa diventare il luogo privilegiato dell'assistenza;
- attraverso l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale e lo sviluppo di équipe multiprofessionali che prendano in carico la persona in modo olistico, con particolare attenzione alla salute mentale e alle condizioni di maggiore fragilità ("Planetary Health");
- con logiche sistematiche di medicina di iniziativa e di presa in carico, attraverso la stratificazione della popolazione per intensità dei bisogni;
- con modelli di servizi digitalizzati, utili per l'individuazione delle persone da assistere e per la gestione dei loro percorsi, sia per l'assistenza a domicilio, sfruttando strumenti di telemedicina e telemonitoraggio, sia per l'integrazione della rete professionale che opera sul territorio e in ospedale;
- attraverso la valorizzazione della co-progettazione con gli utenti;
- attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali (Aziende Sanitarie Locali, Comuni e loro Unioni, professionisti, pazienti e loro *caregiver*, associazioni/organizzazioni del Terzo Settore, ecc.).

In questo ambito le farmacie convenzionate con il SSN ubicate uniformemente sull'intero territorio nazionale, costituiscono presidi sanitari di prossimità e rappresentano un elemento fondamentale ed

integrante del Servizio sanitario nazionale.

In particolare, la rete capillare delle farmacie convenzionate con il SSN assicura quotidianamente prestazioni di servizi sanitari a presidio della salute della cittadinanza: in tale ambito vanno inquadrate la dispensazione del farmaco, per i pazienti cronici la possibilità di usufruire di un servizio di accesso personalizzato ai farmaci, la farmacovigilanza, le attività riservate alle farmacie dalla normativa sulla c.d. "Farmacia dei Servizi" (D. Lgs. 153/2009) e l'assegnazione delle nuove funzioni tra le quali le vaccinazioni anti-Covid e antinfluenzali, la somministrazione di test diagnostici a tutela della salute pubblica. Quanto appena descritto, circa le attività svolte dalle farmacie, si innesta integralmente con le esigenze contenute nel PNRR riguardanti l'assistenza di prossimità, l'innovazione e la digitalizzazione dell'assistenza sanitaria.

Il presente documento definisce modelli organizzativi, standard e le principali tematiche connesse agli interventi previsti nell'ambito della Missione 6 Component 1 "Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale" del PNRR, che sono considerate in una ottica più ampia ed integrata anche attraverso l'analisi di strumenti e ruoli trasversali propedeutici al potenziamento dell'assistenza territoriale.

3. STRATIFICAZIONE DELLA POPOLAZIONE E DELLE CONDIZIONI DEMOGRAFICHE DEI TERRITORI COME STRUMENTO DI ANALISI DEI BISOGNI, FINALIZZATA ALLA PROGRAMMAZIONE E ALLA PRESA IN CARICO

La **Medicina di Popolazione** si pone come obiettivo la promozione della salute della popolazione di riferimento, attraverso l'utilizzo di modelli di stratificazione ed identificazione dei bisogni di salute basati sull'utilizzo di dati.

La **Sanità di Iniziativa** è un modello assistenziale di gestione delle malattie croniche fondato su un'assistenza proattiva all'individuo dalle fasi di prevenzione ed educazione alla salute fino alle fasi precoci e conclamate della condizione morbosa.

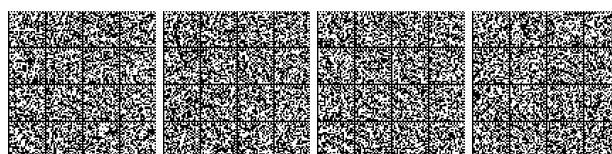
La **Stratificazione della Popolazione** per profili di rischio, attraverso algoritmi predittivi, permette di differenziare le strategie di intervento per la popolazione e per la presa in carico degli assistiti sulla base del livello di rischio, di bisogno di salute e consumo di risorse.

Il **Progetto di Salute** è uno strumento di programmazione, gestione e verifica; associa la stratificazione della popolazione alla classificazione del "bisogno di salute" indentificando gli standard essenziali delle risposte cliniche socioassistenziali, diagnostiche, riabilitative e di prevenzione. Si attiva all'accesso della persona al SSN, tracciando, orientando e supportando la persona e i professionisti nelle fasi di transizione tra i diversi *setting* di cura, rende accessibili i diversi Progetti di assistenza individuale integrata (PAI) e Piani Riabilitativi Individuali (PRI) anche attraverso la Centrale Operativa Territoriale (COT) ed i sistemi di *e-health*. Organizza le informazioni per il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) e permette la riprogrammazione delle attività su base periodica in seguito alle valutazioni di processo ed esito in relazione al progetto individuale di salute erogato. I PAI ed eventuali PRI così come tutta la documentazione sanitaria acquisita nell'ambito dell'assistenza territoriale del paziente contribuiscono alla composizione del Progetto di Salute di ciascun individuo.

La stratificazione della popolazione e l'analisi del bisogno di salute

La più recente normativa nazionale (articolo 7 del decreto-legge n. 34/2020), sulla base della crescente disponibilità di dati digitali, pone l'attenzione sulla possibilità di sviluppare modelli predittivi, che consentano la stratificazione della popolazione, il monitoraggio per fattori di rischio, la gestione integrata di patologie croniche e di situazioni complesse.

Per essere realmente efficaci i servizi sanitari devono essere in grado di tutelare la salute dell'intera popolazione e non solo di coloro che richiedono attivamente una prestazione sanitaria. Tale approccio viene definito Medicina di Popolazione ed ha l'obiettivo di mantenere l'utenza di riferimento in condizioni di buona salute, rispondendo ai bisogni del singolo paziente in termini sia di prevenzione sia di cura. In tale ottica, particolare attenzione deve essere posta nei riguardi dei soggetti con patologie croniche, oggi sempre più diffuse in termini di incidenza e prevalenza, e per le quali il Piano Nazionale della Cronicità ha individuato le diverse fasi principali del percorso assistenziale:

- valutazione del profilo epidemiologico della popolazione di riferimento (stratificazione del rischio);
- valutazione delle priorità d'intervento;
- definizione del profilo d'offerta più appropriata di servizi socioassistenziali;

- promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce;
- presa in carico e gestione del paziente attraverso il piano di cura;
- erogazione di interventi personalizzati;
- valutazione della qualità delle cure erogate.

La conoscenza del profilo epidemiologico e degli indicatori correlati con i bisogni e gli esiti di salute della popolazione assistita costituiscono un aspetto fondamentale nell'ambito del sistema di governo distrettuale. Lo sviluppo e l'implementazione di sistemi di misurazione e stratificazione della popolazione sulla base del rischio andranno, pertanto, a costituire ed alimentare una piattaforma che contiene informazioni sulle caratteristiche della popolazione assistita in un determinato territorio, sulla prevalenza di patologie croniche, sulla popolazione fragile. Tale piattaforma comprenderà altresì gli indicatori relativi alla qualità dell'assistenza sanitaria e all'aderenza alle linee guida per alcune patologie specifiche e sarà di supporto nei programmi di sorveglianza proattiva nell'ambito del piano di potenziamento dell'assistenza territoriale.

L'adozione di un modello di stratificazione comune su tutto il territorio nazionale permetterà lo sviluppo di un linguaggio uniforme che vuole garantire equità di accesso ed omogeneità di presa in carico. La stratificazione della popolazione deve, inoltre, tendere ad una valutazione olistica dei bisogni dell'individuo, al fine di misurare il "livello di bisogno socioassistenziale" utilizzando informazioni sulla condizione clinica e sociale e su ulteriori bisogni e preferenze individuali.

Tale modello di stratificazione, che utilizza informazioni relative ai bisogni clinici assistenziali e sociali della persona, ha la finalità di individuare interventi appropriati, sostenibili e personalizzati che vengono definiti nel Progetto di Salute. Questo strumento è di supporto nella presa in carico della persona in termini olistici ("Planetary Health") e permette non solo la gestione dei bisogni socioassistenziali ma anche di effettuare le valutazioni di processo e esito relative a ciascun individuo a prescindere dal livello di rischio. Tale approccio consente una valutazione che si articola su due livelli: quello della singola persona, con cui viene definito il Progetto di Salute e i relativi interventi; quello di popolazione, utile ai fini di programmazione e verifica dei risultati raggiunti dai servizi sanitari e sociosanitari nella comunità di riferimento. Un sistema di *governance* territoriale così impostato consente di individuare priorità di intervento, con particolare riferimento alla continuità delle cure a favore di individui in condizioni di cronicità/fragilità e disabilità che comportano il rischio di non autosufficienza, anche attraverso l'integrazione tra il sistema sociale e quello sanitario.

Il Progetto di Salute è il filo conduttore che rappresenta la storia della persona e dei suoi bisogni clinico-socioassistenziali, in raccordo con i servizi sociali, seguendola prima ancora che sviluppi una patologia, dal momento in cui viene identificato come portatore di fattori di rischio o a partire dal primo contatto con il SSN, alimentando in modo coerente e tempestivo il relativo FSE. La definizione del Progetto di Salute si basa sulla valutazione costante del bisogno di salute ed implica sistemi organizzativi e gestionali in grado di valutare costantemente gli interventi clinico assistenziali e dei servizi di supporto garantendo la partecipazione di più professionisti per tutta la durata della presa in carico, senza interruzioni tra *setting* assistenziali e fondato sulla proattività del SSN.

Il Progetto di Salute rappresenta, inoltre, uno strumento di programmazione, verifica e controllo della coerenza clinica e socioassistenziale della presa in carico, grazie alla definizione di azioni appropriate rispetto alle condizioni cliniche, sociali e dei bisogni assistenziali che determinano il livello di complessità del singolo caso, in un'ottica di continuità temporale con rivalutazioni periodiche.

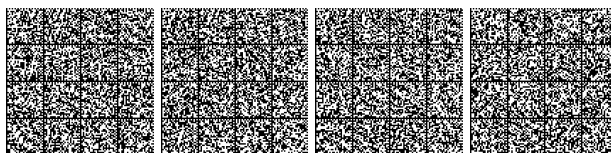
L'individuazione dei bisogni socioassistenziali che portano alla definizione del Progetto di Salute determina l'identificazione di un'équipe multiprofessionale minima (medico di medicina generale/pediatra di libera scelta, medico specialista ed infermiere), maggiore è la complessità

clinico-assistenziale maggiori saranno le figure professionali coinvolte e in continua evoluzione in relazione all'evolversi della malattia ed allo stato di fragilità espressa.

Tabella 1. Cooperazione funzionale delle figure presenti che costituiscono l'*équipe* multiprofessionale

MMG e PLS e	Referente principale, in quanto titolare del rapporto di fiducia con il singolo assistito, relativamente agli aspetti diagnostico-terapeutici in tutte le fasi della vita.
Medico di Medicina di Comunità e Medici dei Servizi	Referente clinico per le attività che garantisce presso la Casa della Comunità, nell'ambito della programmazione distrettuale e degli obiettivi aziendali/regionali**.**
Infermiere	Referente della risposta ai bisogni assistenziali e di autocura, contempla tra le sue attività la prevenzione e la promozione della salute nella presa in carico del singolo e della sua rete relazionale, si relaziona con gli attori del processo ed è di supporto per l'assistito nelle diverse fasi della presa in carico.
Specialista	Assume un ruolo di rilevanza strategica in relazione alla complessità diagnostica e terapeutica che caratterizza le fasi della malattia. In caso di cronicità multipla il ruolo potrà essere assunto dallo specialista che segue la cronicità prevalente per gravità/instabilità sulle altre e quindi questa figura potrà variare nel corso del processo. La figura dello specialista ha un ruolo di spicco in alcune fasi centrali del processo, dove le sue competenze fanno si che assuma un ruolo di guida nella decisione clinica.
Farmacista	Referente dell'uso sicuro ed efficace dei farmaci contenuti nel programma terapeutico (interazioni farmacologiche, dosaggio, formulazione, farmacovigilanza; sostenibilità economica).
Psicologo	Referente delle valutazioni e risposte ai bisogni psicologici del paziente e della sua rete di supporto.
Assistente Sociale	Referente della risposta ai bisogni sociali del paziente e della sua rete relazionale.
Altre professioni dell'*Equipe*	Le altre figure professionali dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM) che durante il processo parteciperanno alla presa in carico. I professionisti sanitari coinvolti possono assumere il ruolo di *case manager* nelle diverse fasi della presa in carico, in considerazione della predominanza di specifici bisogni assistenziali riconducibili alla professione di ostetrica e alle professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

L'integrazione con i servizi sociali così come definita, da ultimo, dall'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n.234 rappresenta uno dei cardini del nuovo sistema di funzioni realizzato dalle case di comunità, ulteriore rispetto al Piano di zona già previsto dall'articolo 19 della legge n. 8 novembre 2000, n. 328 da definirsi a cura dei comuni, con le risorse disponibili per gli interventi sociali e sociosanitari, previa intesa con le aziende sanitarie. In tali termini, ai fini della relativa operatività, si richiamano l'intesa da sottoscriversi ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e l'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017 anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro anche con riferimento agli ATS,

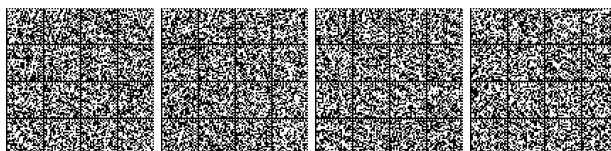
mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente.

Infine, l'informatizzazione dei processi clinico-assistenziali favorisce un approccio integrato alla cura del paziente e alla prevenzione delle malattie e consente di misurare e valutare l'assistenza prestata, integrando la valutazione con le informazioni strettamente connesse alle misure di prevenzione (es. vaccinazioni e screening). Lo sviluppo della sanità digitale trova nella Telemedicina uno dei principali ambiti di applicazione in grado di abilitare forme di assistenza anche attraverso il ridisegno strutturale ed organizzativo della rete del SSN.

Tabella 2. Livelli di stratificazione del rischio sulla base dei bisogni socioassistenziali

	Classificazione del bisogno di salute	**Condizione clinica/sociale**	**Bisogno/intensità assistenziale**	**Azioni (presa in carico derivante)**
Stratificazione del rischio	**I Livello** Persona in salute	Assenza di condizioni patologiche	Assenza di necessità assistenziali	Azioni di promozione della salute e di prevenzione primaria
	II livello Persona con complessità clinico assistenziale minima o limitata nel tempo	Assenza di cronicità/fragilità	Utilizzo sporadico servizi (ambulatoriali, ospedalieri limitati ad un singolo episodio clinico reversibile)	Azioni proattive di stratificazione del rischio basato su familiarità e stili di vita
	III livello Persona con complessità clinico assistenziale media	Presenza di cronicità e/o fragilità e/o disabilità iniziale prevalentemente mono patologica perdurante nel tempo. Buona tenuta dei determinanti sociali	Bassa/media frequenza di utilizzo dei servizi	Azioni coordinate semplici di presa in carico, supporto proattivo e di orientamento
	IV livello Persona con complessità clinico assistenziale medio-alta con o senza fragilità sociale	Presenza di cronicità/fragilità/disabilità con patologie multiple complesse con o senza determinanti sociali deficitari	Elevato utilizzo dei servizi sanitari e sociosanitari con prevalenti bisogni extra-ospedalieri o residenziali	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al *caregiver,* in relazione ai bisogni socioassistenziali
	V livello Persona con complessità clinico assistenziale elevata con eventuale fragilità sociale	Presenza di multimorbilità, limitazioni funzionali (parziale o totale non autosufficienza) con determinanti sociali deficitari perduranti nel tempo	Bisogni assistenziali prevalenti e continuativi di tipo domiciliare, ospedaliero, semi residenziale o residenziale	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al *caregiver,* in relazione ai bisogni socioassistenziali
	VI livello Persona in fase terminale	Patologia evolutiva in fase avanzata, per la quale non esistano più possibilità di guarigione	Bisogni sanitari prevalentemente palliativi	Azioni coordinate complesse, integrazione tra setting assistenziali, presa in carico multiprofessionale, supporto attivo ed orientamento alla persona o al *caregiver,* in relazione ai bisogni socioassistenziali

Tabella 3. Il Progetto di Salute semplice e complesso, composizione e descrizione

Progetto di Salute	Composizione	Descrizione
Semplice	Piano di autocura	Descrizione delle attività e valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portfolio dell'offerta	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici connessi alla malattia
	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati
	Piano delle attività di *e-health*	Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione
	Progetto di assistenza individuale integrata e Piano Riabilitativo Individuale	Eventuale definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare
Complesso	Piano di autocura	Valutazione della capacità di autocura e della competenza digitale
	Programma terapeutico	Prescrizione terapeutica/riabilitativa e farmacologica (contenente anche il piano terapeutico e le relative scadenze); Valutazione dell'aderenza terapeutica, scheda di monitoraggio della compliance - Diario nutrizionale
	Portfolio dell'offerta socioassistenziale	Descrizione delle possibilità di accesso ai servizi/benefici socioassistenziali connessi alla malattia
	Agenda di follow-up	Valutazione degli obiettivi e dei risultati
	Piano delle attività di *e-health*	Schedulazione degli appuntamenti per i controlli dal medico di medicina generale, delle prestazioni specialistiche e diagnostiche utili alla stadiazione di malattia e controllo delle complicanze Attività di automonitoraggio, con dispositivi o con questionari/scale Attività di telemonitoraggio di dispositivi in remoto Attività di telemonitoraggio con dispositivi gestiti a domicilio da operatori sanitari Attività di teleassistenza, teleconsulto e teleriabilitazione
	Progetto di assistenza individuale integrato e Piano Riabilitativo Individuale	Definizione del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e qualora necessario del Piano Riabilitativo Individuale (PRI) multidisciplinare
	Budget di salute	Valutazione delle risorse impegnate: cliniche - collegamenti tra le istituzioni/enti coinvolti

La Sanità di Iniziativa per la personalizzazione dell'assistenza

La necessità di differenziare e contestualizzare le strategie di intervento, e quindi i percorsi assistenziali, sulla base dei differenti bisogni, risulta dirimente alla luce delle evoluzioni sociali ed epidemiologiche del Paese. Una quota rilevante della popolazione italiana (11,7% della popolazione ultra settantacinquenni (dati ISTAT 2020) è costituita da persone, solitamente anziane, spesso affette da più patologie croniche, le cui esigenze assistenziali sono determinate non solo da fattori legati alle condizioni cliniche, ma anche da fattori quali lo status socio-familiare e ambientale o l'accessibilità alle cure. Tali soggetti sono a rischio più elevato di utilizzo inappropriato dei servizi sanitari: accessi al Pronto Soccorso o ricovero in ospedale. Per tale ragione, la condizione di fragilità, che può precedere l'insorgenza di uno stato più grave e irreversibile, dovrebbe essere individuata precocemente, con strumenti di valutazione multidimensionali e fortemente predittivi, che integrino indicatori sanitari, sociali e sociosanitari e variabili di contesto. E' altresì importante svolgere attività di prevenzione e promozione della salute sia nei soggetti sani, sia nei soggetti con condizioni di rischio, partendo dalla fasi più precoci della vita, contestualizzando gli interventi nei diversi setting e secondo un approccio intersettoriale e orientato all'equità.

La Sanità di Iniziativa è un modello assistenziale di prevenzione e di gestione delle malattie croniche orientato alla promozione della salute, che non aspetta l'assistito in ospedale o in altra struttura sanitaria, ma lo prende in carico in modo proattivo già nelle fasi precoci dell'insorgenza o dell'evoluzione della condizione morbosa. Lo scopo della Sanità di Iniziativa è la prevenzione ed il miglioramento della gestione delle malattie croniche in ogni loro stadio, dalla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce, alla gestione clinica e assistenziale, alla prevenzione delle complicanze, attraverso il follow-up proattivo anche supportato dagli strumenti di telemonitoraggio e telemedicina, alla presa in carico globale della multimorbidità. Essa prevede un approccio di presa in carico attento alle differenze di genere ovvero lo studio dell'influenza delle differenze biologiche, socio economiche e culturali e che tenga conto di tutti gli altri aspetti psicocomportamentali che incidono sulla salute e delle fasi della vita dell'individuo durante i percorsi di diagnosi, cura, riabilitazione e che caratterizzi tutti i *setting* assistenziali, al pari degli ambiti di ricerca clinica e di formazione di tutti i professionisti sanitari, per facilitare diagnosi e trattamenti equi, differenziati ed efficaci appropriati.

Gli strumenti della Sanità di Iniziativa sono: la presa in carico proattiva precoce per l'individuazione delle persone a rischio di malattia, l'educazione ai corretti stili di vita, la loro presa in carico negli stadi iniziali delle patologie, la programmazione di medio-lungo periodo delle attività di assistenza, le prenotazioni delle prestazioni, il sostegno e il controllo dell'osservanza da parte dei pazienti dei programmi diagnostici-terapeutici, il coinvolgimento delle figure interessate nel processo di assistenza (es. familiari) (cd. *caregiver)*, lo snellimento delle attività burocratico-autorizzative.

La Sanità di Iniziativa assicura all'individuo interventi adeguati e differenziati in rapporto al livello di rischio, investendo anche sulla prevenzione e sulla promozione della salute. Attraverso i modelli della Sanità di Iniziativa, messi in atto dalle Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT) dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dalle Unità Complesse di Cure Primarie (UCCP), e in collaborazione con Infermieri di famiglia o Comunità, i pazienti sono contattati periodicamente, al fine di migliorare gli stili di vita, diagnosticare precocemente le patologie e monitorare la comparsa e l'evoluzione delle malattie croniche e prevenire le complicanze e ridurre o gestire il carico assistenziale, prevenire le disabilità e perdita dell'indipendenza per il singolo e per il caregiver. La Sanità di Iniziativa per la parte relativa alla prevenzione deve essere in linea con gli indirizzi del Dipartimento di Prevenzione.

Le metodologie di stratificazione della popolazione diventano strumenti fondamentali per definire le strategie e gli interventi di Sanità di Iniziativa più efficaci rispetto a quei sottogruppi di popolazione che potrebbero maggiormente beneficiarne, per ottimizzare il trattamento multidisciplinare e personalizzare l'assistenza, nel rispetto del principio di equità e di centralità del paziente e delle sue scelte, ma anche in ottica di riduzione degli interventi inappropriati e dei costi associati.

Tutti gli strumenti di gestione del Paziente a disposizione (es. Modelli di Stratificazione, Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali, Piano di Assistenza Individuale, Piano Riabilitativo Individuale) dovrebbero essere utilizzati in un'ottica integrata per la presa in carico olistica della Persona e dei suoi bisogni socioassistenziali attraverso la definizione del Progetto di Salute ("Planetary Health").

4. DISTRETTO: FUNZIONI E STANDARD ORGANIZZATIVI

Distretto di circa 100.000 abitanti, con variabilità secondo criteri di densità di popolazione e caratteristiche orografiche del territorio.

La programmazione deve prevedere i seguenti standard:

- 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;

- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente;

- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola;

- 1 Unità di Continuità Assistenziale (1 medico e 1 infermiere) ogni 100.000 abitanti;

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore;

- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Il Distretto è un'articolazione organizzativo-funzionale dell'Azienda sanitaria locale (ASL) sul territorio. Come previsto dalla normativa vigente, l'articolazione in distretti della ASL è disciplinata dalla legge regionale, garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione/provincia autonoma, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente[3].

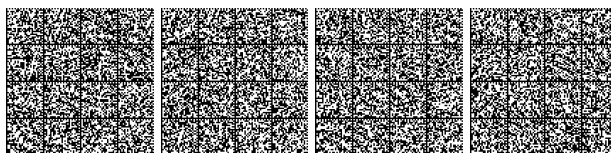
Il Distretto costituisce il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale ed organizzativo della rete dei servizi sociosanitari a valenza sanitaria e sanitari territoriali. È inoltre deputato, anche attraverso la Casa di Comunità, al perseguimento dell'integrazione tra le diverse strutture sanitarie, in modo da assicurare una risposta coordinata e continua ai bisogni della popolazione, l'uniformità dei livelli di assistenza e la pluralità dell'offerta.

All'interno del distretto possono essere presenti i Consultori familiari e le attività rivolte ai minori, ove esistenti, funzionalmente collegati con la Casa della Comunità hub.

Il Distretto garantisce inoltre una risposta assistenziale integrata sotto il profilo delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali per determinare una efficace presa in carico della popolazione di riferimento. Al fine di svolgere tali funzioni la conoscenza dei bisogni di salute della popolazione di riferimento risulta centrale e rientra pertanto tra le attività del Distretto.

Al Distretto, pertanto, possono essere ricondotte le seguenti funzioni:

- committenza, ossia la capacità di programmare i servizi da erogare a seguito della valutazione dei bisogni dell'utenza di riferimento anche in relazione alle risorse disponibili. Il Distretto, infatti, su mandato della Direzione Generale della ASL, provvede alla programmazione dei

[3] Articolo 3-quater, comma 1, del decreto legislativo n. 502/1992

servizi da garantire, alla pianificazione delle innovazioni organizzativo/produttive locali, alle decisioni in materia di logistica, accesso, offerta di servizi, assicurando la fruizione delle prestazioni all'utenza;

- produzione, ossia la funzione di erogazione dei servizi sanitari territoriali, caratterizzata da erogazione in forma diretta o indiretta dei servizi sanitari e sociosanitari di cui all'articolo 3 quinquies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- garanzia, ossia il compito di assicurare l'accesso ai servizi, l'equità all'utenza attraverso il monitoraggio continuo della qualità dei servizi medesimi, la verifica delle criticità emergenti nella relazione tra i servizi e tra questi e l'utenza finale.

In particolare, l'organizzazione del Distretto, così come disciplinato dalla normativa vigente, deve garantire:

- l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva, infermieri di famiglia o comunità e i presidi specialistici ambulatoriali;
- il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta, organizzate in base al modello dipartimentale, nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria in raccordo con i servizi sociali territoriali se delegate dai comuni.

A seconda dei modelli organizzativi regionali, il Distretto può quindi avere responsabilità gerarchiche dirette sulle unità operative territoriali che lo compongono. In queste tipologie di assetti organizzativi il Distretto opera sia come committente che come gestore.

Al Distretto sono attribuite risorse definite in rapporto agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento. Nell'ambito delle risorse assegnate, il Distretto è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio della ASL.

Con l'obiettivo di consentire una programmazione condivisa, unitaria e coerente in relazione ai bisogni sociosanitari del territorio, il Distretto, inoltre, assicura i servizi di assistenza primaria relativi alle attività sanitarie e sociosanitarie di cui all'articolo 3-quinquie*s* del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, nonché il coordinamento delle proprie attività con quella dei dipartimenti e dei servizi aziendali, inclusi i presidi ospedalieri, inserendole organicamente nel Programma delle attività territoriali. Quest'ultimo, tra l'altro, determina le risorse per l'integrazione socio- sanitaria di cui all'articolo 3 septies del predetto decreto legislativo e le quote, rispettivamente, a carico delle aziende sanitarie e dei comuni e al fine di valorizzare e integrare le risorse delle comunità di riferimento su cui insiste il Distretto, è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci dei Comuni appartenenti all'Ambito Territoriale Sociale e dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale della ASL[4].

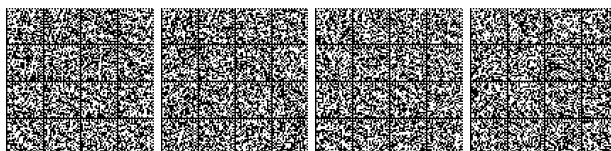
[4] Articolo 3-quater, comma 3, lettera c), del decreto legislativo n. 502/1992: *c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate, dal Comitato dei sindaci di distretto e dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale*

Le Regioni e le Province autonome, in coerenza in coerenza con l'articolo 1, comma 161, della legge 30 dicembre 2021, n. 234, assicurano, mediante atti di programmazione, omogeneità del modello organizzativo degli ATS.

In un sistema centrato sull'approccio alla persona ed ai suoi bisogni è necessario garantire la massima integrazione delle competenze psicologiche. La Funzione aziendale ove già istituita ai sensi dell'art. 20 bis della legge 18/12/2020, n. 176 serve a coordinare il complesso delle attività trasversali degli Psicologi previste dai LEA e dalla normativa vigente ai diversi livelli, valorizzando la loro funzione sanitaria. In tal caso l'assistenza psicologica all'interno del distretto è assicurata e governata in ciascuna Azienda Sanitaria Locale dall'Area Funzionale di Psicologia nell'ambito della legislazione vigente.

Il Direttore di Distretto

Il Direttore del Distretto è il responsabile dell'attività di programmazione del Distretto, in termini di risposta integrata alle specifiche esigenze di salute della popolazione di riferimento, di disponibilità delle risorse, degli strumenti e delle competenze professionali. È inoltre garante del rispetto del raggiungimento degli obiettivi che gli sono stati assegnati dalla Direzione generale aziendale in materia di efficacia ed efficienza dei servizi erogati; espressione dell'orientamento alla persona, attraverso una continua attenzione agli aspetti dell'informazione, della tutela e garanzia dell'equità e della trasparenza dell'offerta, del rispetto della dignità della persona. Il Direttore del Distretto è responsabile della gestione dei percorsi assistenziali integrati di propria competenza in stretto raccordo con i servizi, professionisti del territorio e dell'ospedale.

Il Distretto e il suo Direttore acquisiscono, quindi, la funzione di garanzia attraverso la valutazione dei bisogni di salute della popolazione, la valutazione delle priorità d'azione e della sostenibilità delle scelte, l'orientamento dei livelli di produzione di attività sanitaria come richiesta alle strutture ospedaliere e territoriali, la verifica dei risultati.

5. CASA DELLA COMUNITÀ

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234, subordinatamente alla sottoscrizione della relativa Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, anche al fine di definire gli ambiti delle competenze del Servizio sanitario nazionale da un lato e dei comuni dall'altro, mediante l'impiego delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza disponibili a legislazione vigente

Standard:

- 1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;

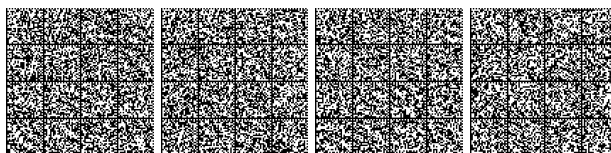
- Case della Comunità *spoke* e ambulatori di Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS) tenendo conto delle caratteristiche orografiche e demografiche del territorio al fine di favorire la capillarità dei servizi e maggiore equità di accesso, in particolare nelle aree interne e rurali, nel pieno rispetto del principio di prossimità. Tutte le aggregazioni dei MMG e PLS (AFT e UCCP) sono ricomprese nelle Case della Comunità avendone in esse la sede fisica oppure a queste collegate funzionalmente; alle Case della Comunità accederanno anche gli specialisti ambulatoriali.

Standard di personale per 1 Casa di Comunità *hub*:

- 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

La CdC, così definita, rappresenta il modello organizzativo che rende concreta l'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento. È, infatti, il luogo fisico, di prossimità e di facile individuazione al quale l'assistito può accedere per poter entrare in contatto con il sistema di assistenza sanitaria.

La CdC è una struttura facilmente riconoscibile e raggiungibile dalla popolazione di riferimento, per l'accesso, l'accoglienza e l'orientamento dell'assistito. La CdC è una fondamentale struttura pubblica del SSN.

Essa rappresenta il luogo in cui il SSN si coordina e si integra con il sistema dei servizi sociali proponendo un raccordo intrasettoriale dei servizi in termini di percorsi e soluzioni basati sull'integrazione delle diverse dimensioni di intervento e dei diversi ambiti di competenza, con un approccio orizzontale e trasversale ai bisogni tenendo conto anche della dimensione personale dell'assistito. Costituisce un progetto di innovazione in cui la comunità degli assistiti non è solo destinataria di servizi ma è parte attiva nella valorizzazione delle competenze presenti all'interno della comunità stessa: disegnando nuove soluzioni di servizio, contribuendo a costruire e organizzare le opportunità di cui ha bisogno al fine di migliorare qualità della vita e del territorio, rimettendo al centro dei propri valori le relazioni e la condivisione.

La CdC promuove un modello di intervento integrato e multidisciplinare, in qualità di sede privilegiata per la progettazione e l'erogazione di interventi sanitari. L'attività, infatti, deve essere organizzata in modo tale da permettere un'azione d'*équipe* tra Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Interni – anche nelle loro forme organizzative – Infermieri di Famiglia o Comunità, altri professionisti della salute disponibili a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, quali ad esempio Psicologi, Ostetrici, Professionisti dell'area della Prevenzione, della Riabilitazione e Tecnica, e Assistenti Sociali anche al fine di consentire il coordinamento con i servizi sociali degli enti locali. L'attività amministrativa è assicurata, anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, da personale dedicato già disponibile a legislazione vigente nell'ambito delle aziende sanitarie, che si occupa anche delle attività di servizio di relazioni al pubblico e di assistenza all'utenza.

I medici, gli infermieri e gli altri professionisti sanitari operano anche all'interno delle CdC. In tal modo provvedono a garantire l'assistenza primaria attraverso un approccio di sanità di iniziativa e la presa in carico della comunità di riferimento, con i servizi h 12 e integrandosi con il servizio di continuità assistenziale h 24.

L'obiettivo dello sviluppo delle CdC è quello di garantire in modo coordinato:

- l'accesso unitario e integrato all'assistenza sanitaria, sociosanitaria a rilevanza sanitaria e in un luogo di prossimità, ben identificabile e facilmente raggiungibile dalla popolazione di riferimento;
- la risposta e la garanzia di accesso unitario ai servizi sanitari, attraverso le funzioni di assistenza al pubblico e di supporto amministrativo-organizzativo ai pazienti svolte dal Punto Unico di Accesso (PUA);
- la prevenzione e la promozione della salute anche attraverso interventi realizzati dall'*equipe* sanitaria con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale;
- la promozione e tutela della salute dei minori e della donna, in campo sessuale e riproduttivo e dell'età evolutiva, in rapporto a tutti gli eventi naturali fisiologici tipici delle fasi del ciclo vitale;
- la presa in carico della cronicità e fragilità secondo il modello della sanità di iniziativa;
- la valutazione del bisogno della persona e l'accompagnamento alla risposta più appropriata;
- la risposta alla domanda di salute della popolazione e la garanzia della continuità dell'assistenza anche attraverso il coordinamento con i servizi sanitari territoriali (es. DSM, consultori, ecc.);
- l'attivazione di percorsi di cura multidisciplinari, che prevedono l'integrazione tra servizi sanitari, ospedalieri e territoriali, e tra servizi sanitari e sociali;
- la partecipazione della comunità locale, delle associazioni di cittadini, dei pazienti, dei *caregiver*.

I principi che orientano lo sviluppo delle CdC sono l'equità di accesso e di presa in carico, secondo il modello della sanità d'iniziativa, e il principio della qualità dell'assistenza declinata nelle sue varie dimensioni (es. appropriatezza, sicurezza, coordinamento/continuità, efficienza, tempestività).

Per rispondere alle differenti esigenze territoriali, garantire equità di accesso, capillarità e prossimità del servizio, si prevede la costituzione di una rete di assistenza territoriale formata secondo il modello *hub* e *spoke*.

Sia nell'accezione *hub* sia in quella *spoke*, la CdC costituisce l'accesso unitario fisico per la comunità di riferimento ai servizi di assistenza primaria. Entrambe, quindi, propongono un'offerta di servizi costituita da MMG, PLS, specialisti ambulatoriali interni, infermieri di famiglia o comunità, infermieri che operano nell'assistenza domiciliare, presenza di tecnologie diagnostiche di base.

La CdC *hub* garantisce la presenza dei seguenti professionisti, nell'ambito di quelli disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, e l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina e tele assistenza e relative competenze professionali:

- Équipe multiprofessionali (MMG, PLS, Continuità Assistenziale, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e socio sanitarie);
- Presenza medica h24 - 7 giorni su 7 anche attraverso l'integrazione della Continuità Assistenziale;
- Presenza infermieristica h12 - 7 giorni su 7;
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- Punto prelievi;
- Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro, ecc.) anche attraverso strumenti di telemedicina (es. telerefertazione, ecc.);
- Servizi ambulatoriali specialistici per le patologie ad elevata prevalenza (cardiologia, pneumologia, diabetologia, ecc.);
- Servizi di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), ambulatori infermieristici per la gestione integrata della cronicità e per la risposta ai bisogni occasionali;
- Interventi di prevenzione e promozione della salute a livello di comunità, anche attraverso i Consultori Familiari e l'attività rivolta ai minori – ove esistenti – che si articolano con il mondo educativo e scolastico per gli specifici interventi sulla popolazione 0-18 anni (facoltativo);
- Attività di Profilassi Vaccinale in particolare per alcune fasce di età o condizioni di rischio e di fragilità. Tutte le attività di profilassi vaccinale e di sorveglianza delle malattie infettive sono in linea con le indicazioni del Dipartimento di Prevenzione.
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Servizio di assistenza domiciliare di base;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini e volontariato;
- Integrazione con i servizi sociali

La CdC *spoke* garantisce, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dei seguenti servizi, anche mediante modalità di telemedicina:

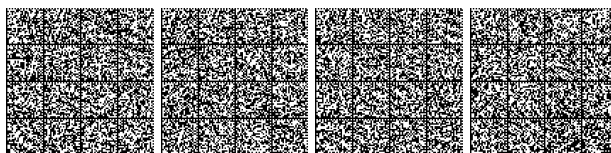
- *Équipe* multiprofessionali (MMG, PLS, Specialisti Ambulatoriali Interni (SAI) e dipendenti, Infermieri e altre figure sanitarie e sociosanitarie);
- Presenza medica e infermieristica almeno h12 - 6 giorni su 7 (lunedì-sabato);
- Punto Unico di Accesso (PUA) sanitario;
- Alcuni servizi ambulatoriali per patologie ad elevata prevalenza (cardiologo, pneumologo, diabetologo, ecc.);

- Servizi infermieristici sia in termini di prevenzione collettiva e promozione della salute pubblica, inclusa l'attività dell'Infermiere di Famiglia o Comunità (IFoC), sia di continuità di assistenza sanitaria, per la gestione integrata delle patologie croniche;
- Programmi di screening
- Collegamento con la Casa della Comunità *hub* di riferimento;
- Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale;
- Partecipazione della Comunità e valorizzazione co-produzione, attraverso le associazioni di cittadini, volontariato.
-

Tabella 4: Servizi previsti da standard nelle Case della Comunità

<table>
<tr><th rowspan="2">Servizi</th><th colspan="2">Modello Organizzativo</th></tr>
<tr><th>Casa della Comunità hub</th><th>Casa della Comunità spoke</th></tr>
<tr><td>Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)</td><td colspan="2">OBBLIGATORIO</td></tr>
<tr><td>Punto Unico di Accesso</td><td colspan="2">OBBLIGATORIO</td></tr>
<tr><td>Servizio di assistenza domiciliare</td><td colspan="2">OBBLIGATORIO</td></tr>
<tr><td>Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza</td><td colspan="2">OBBLIGATORIO</td></tr>
<tr><td>Servizi infermieristici</td><td colspan="2">OBBLIGATORIO</td></tr>
<tr><td>Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale</td><td colspan="2">OBBLIGATORIO</td></tr>
<tr><td>Integrazione con i Servizi Sociali</td><td colspan="2">OBBLIGATORIO</td></tr>
<tr><td>Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione</td><td colspan="2">OBBLIGATORIO</td></tr>
<tr><td>Collegamento con la Casa della Comunità hub di riferimento</td><td>-</td><td>OBBLIGATORIO</td></tr>
<tr><td>Presenza medica</td><td>OBBLIGATORIO
H24, 7/7 gg</td><td>OBBLIGATORIO
H12, 6/7 gg</td></tr>
<tr><td rowspan="2">Presenza infermieristica</td><td>OBBLIGATORIO
H12, 7/7 gg</td><td rowspan="2">OBBLIGATORIO
H12, 6/7 gg</td></tr>
<tr><td>FORTEMENTE RACCOMANDATO
H24, 7/7 gg</td></tr>
<tr><td>Servizi diagnostici di base</td><td>OBBLIGATORIO</td><td>FACOLTATIVO</td></tr>
<tr><td>Continuità Assistenziale</td><td>OBBLIGATORIO</td><td>FACOLTATIVO</td></tr>
<tr><td>Punto prelievi</td><td>OBBLIGATORIO</td><td>FACOLTATIVO</td></tr>
<tr><td>Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori</td><td>FACOLTATIVO</td><td>FACOLTATIVO</td></tr>
</table>

<table>
<tr><td>Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)</td><td>FACOLTATIVO</td><td>FACOLTATIVO</td></tr>
<tr><td>Programmi di screening</td><td>FACOLTATIVO</td><td>FACOLTATIVO</td></tr>
<tr><td>Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell’adolescenza</td><td colspan="2">RACCOMANDATO</td></tr>
<tr><td>Medicina dello sport</td><td colspan="2">RACCOMANDATO</td></tr>
</table>

Tutte le strutture fisiche territoriali già esistenti devono utilmente rientrare nella progettazione della nuova geografia dei servizi e strutture territoriali e quindi delle CdC e dei servizi correlati in rete. Il piano di sviluppo dei servizi territoriali di ogni singolo contesto regionale deve quindi tendere ad una progettazione dei servizi in rete, con una precisa selezione delle infrastrutture fisiche esistenti da valorizzare, riorientare con altre vocazioni e servizi o dismettere.

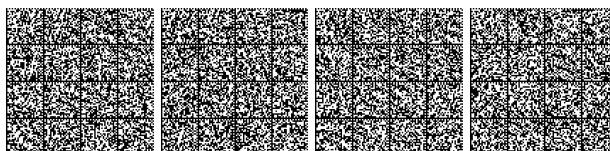
Le CdC *hub* al fine di assicurare i servizi descritti dovranno essere dotate di 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità organizzati indicativamente secondo il modello di seguito descritto: 1 Coordinatore Infermieristico, 2-3 IFoC per le attività ambulatoriali, 1-2 IFoC per l’attività di triage e di valutazione dei bisogni di salute e 4-6 IFoC per l’assistenza domiciliare, le attività di prevenzione e teleassistenza.

Nelle CdC *hub* e *spoke*, inoltre, è garantita l’assistenza medica H12 - 6 giorni su 7 attraverso la presenza dei MMG afferenti alle AFT del Distretto di riferimento. Tale attività ambulatoriale sarà aggiuntiva rispetto alle attività svolte dal MMG nei confronti dei propri assistiti e dovrà essere svolta presso la CdC *hub* e *spoke*.

Il coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali

Le CdC rappresentano un nodo centrale della rete dei servizi territoriali sotto la direzione del Distretto. La loro centralità è data, sul lato del governo della domanda, dalle funzioni di sanità di iniziativa, di presa in carico, di accesso unitario, di filtro di accesso e indirizzo dei pazienti; sul lato dell’offerta dal lavoro multiprofessionale, dall’integrazione tra unità di offerta afferenti a materie e discipline diverse, dal coordinamento tra sociale e sanitario; sul lato della *governance* dal coinvolgimento attivo della comunità e dei pazienti.

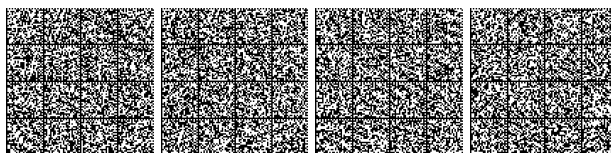
La CdC, proprio per il suo ruolo centrale nella rete dei servizi, adotta meccanismi di coordinamento strutturali a rete in quattro direzioni:

- Rete intra-CdC: costituita dalla messa in rete dei professionisti che svolgono la loro attività anche nelle forme associative che hanno sede fisica all’interno della CdC e quelle che vi sono funzionalmente collegate;
- Rete inter-CdC: costituita dalla messa in rete tra CdC *hub* e CdC *spoke* al fine di contemperare le esigenze di capillarità erogativa e di prossimità con la necessità di raggiungere una massa critica per alcuni servizi a maggiore intensità specialistica e tecnologica, sia per poter rispondere in modo flessibile ai diversi contesti geografici caratterizzati da differente densità abitativa e livelli di presenza attiva degli MMG nelle strutture ambulatoriali delle CdC;
- Rete territoriale: la CdC è messa in rete con gli altri settori assistenziali territoriali, quali assistenza domiciliare, specialistica ambulatoriale territoriale e ospedaliera ospedali di comunità,

RSA, hospice e rete delle cure palliative, RSA, Consultori familiari e attività rivolte ai minori ove già esistenti, servizi per la salute mentale, dipendenze e disabilità e altre forme di strutture intermedie e servizi;

- Rete territoriale integrata: la CdC è in rete con l'attività ospedaliera, anche grazie all'ausilio di piattaforme informatiche, in particolare quella specialistica ambulatoriale o di day service svolta in questo contesto. Questo può avvenire nella doppia direzione di invio di pazienti selezionati dalla CdC, per fasi di processi assistenziali e stadi di patologia che richiedono prestazioni ospedaliere e/o ambulatoriali specialistiche. Tale forma di integrazione e coordinamento ha una maggiore valenza soprattutto in merito alla gestione comune dei malati cronici più complessi e ad alto grado di instabilità, che sono soggetti a frequenti ricoveri. In tal modo sono generati meccanismi di condivisione delle conoscenze tra i professionisti della CdC e quelli ospedalieri, a favore anche di una maggiore articolazione delle competenze professionali all'interno della CdC.

Lo strumento attraverso cui avviene il coordinamento a rete nelle quattro direzioni è la Centrale Operativa Territoriale (COT) che opera come vettore di coordinamento e raccordo tra i nodi e i professionisti delle diverse reti.

In sintesi, la CdC, quale luogo di progettualità con e per la comunità di riferimento, svolge quattro funzioni principali:

- è il luogo dove la comunità, in tutte le sue espressioni e con l'ausilio dei professionisti, interpreta il quadro dei bisogni, definendo il proprio progetto di salute, le priorità di azione e i correlati servizi;
- è il luogo dove professioni integrate tra loro dialogano con la comunità e gli utenti per riprogettare i servizi in funzione dei bisogni della comunità, attraverso il lavoro interprofessionale e multidisciplinare;
- è il luogo dove le risorse pubbliche vengono aggregate e ricomposte in funzione dei bisogni della comunità attraverso lo strumento del budget di comunità;
- è il luogo dove la comunità ricompone il quadro dei bisogni locali sommando le informazioni dei sistemi informativi istituzionali con le informazioni provenienti dalle reti sociali.

6. INFERMIERE DI FAMIGLIA O COMUNITÀ

L'Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l'assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l'integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'Infermiere di Famiglia o Comunità interagisce con tutti gli attori e le risorse presenti nella comunità formali e informali. L'Infermiere di Famiglia o Comunità non è solo l'erogatore di cure assistenziali, ma diventa la figura che garantisce la risposta assistenziale all'insorgenza di nuovi bisogni sanitari espressi e potenziali che insistono in modo latente nella comunità. È un professionista con un forte orientamento alla gestione proattiva della salute. È coinvolto in attività di promozione, prevenzione e gestione partecipativa dei processi di salute individuali, familiari e di comunità all'interno del sistema dell'assistenza sanitaria territoriale nei diversi *setting* assistenziali in cui essa si articola.

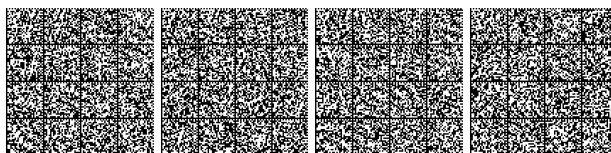
Standard:

- 1 Infermiere di Famiglia o Comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di Infermieri di Famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l'assistenza territoriale si articola.

L'introduzione dell'Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC)[5] (D.L. n. 34/2020, art. 1 c. 5) ha l'obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria, favorendo l'integrazione delle diverse figure professionali, compresa l'assistenza infermieristica di comunità. L'IFoC è un professionista responsabile dei processi infermieristici in ambito familiare e comunitario che, attraverso una presenza continuativa e proattiva nell'area/ambito o comunità di riferimento, assicura l'assistenza infermieristica in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità (MMG/PLS, assistente sociale, professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione, ecc.) perseguendo l'integrazione interdisciplinare sanitaria dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. L'IFoC interagisce con tutte le risorse presenti nella comunità formali e informali e concorre a realizzare la rete del welfare di comunità/generativo. È un professionista che ha un forte orientamento alla gestione proattiva della salute e ricopre le diverse funzioni, erogando prestazioni assistenziali sanitarie, a seconda del *setting* in cui opera. L'IFoC si attiva per facilitare e monitorare percorsi di presa in carico e di continuità dell'assistenza in forte integrazione con le altre figure

[5] Articolo 1, comma 5 del decreto legge n. 34/2020
Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati come affetti da COVID-19, anche coadiuvando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10.

professionali del territorio. In sintesi, l'Infermiere di Famiglia o Comunità:

- collabora all'intercettazione del bisogno di salute, agendo sulla promozione, prevenzione e gestione della salute in tutte le fasce d'età;
- contribuisce alla programmazione delle attività anche attraverso gli strumenti propri della gestione degli assistiti finalizzati a mantenere la popolazione in condizioni di buona salute rispondendo ai bisogni del singolo paziente sia in termini di prevenzione sia di cura delle condizioni croniche;
- favorisce l'accessibilità e l'orientamento ai servizi al fine di garantire un'effettiva presa in carico della persona assistita;
- promuove il coinvolgimento attivo e consapevole della comunità, organizzando processi e momenti di educazione sanitaria di gruppo in presenza o in remoto, in collaborazione con tutti i livelli e gli attori sanitari in linea con le indicazioni del Dipartimento di prevenzione e di sanità pubblica; promuove attività di informazione/comunicazione sia ai singoli sia alla comunità, in collaborazione con le idonee competenze relazionali di linguaggi, format e modalità di interazione in base alla popolazione a cui si rivolge;
- svolge attività di *counseling* infermieristico e contribuisce ad attività di *supporto* motivazionale per la promozione di corretti comportamenti, al fine di favorire la partecipazione e la responsabilizzazione individuale e collettiva;
- valorizza e promuove il coinvolgimento attivo della persona e del suo *caregiver;*
- lavora in forte integrazione con le reti sociosanitarie a valenza sanitaria e con le risorse della comunità (associazioni, volontariato, ecc.), e collabora in team con i MMG, i PLS e gli altri professionisti sanitari;
- utilizza sistematicamente strumenti digitali e di telemedicina e teleassistenza.

7. UNITÀ DI CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

L'Unità di Continuità Assistenziale nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

Standard:

- 1 Medico e 1 Infermiere ogni 100.000 abitanti.

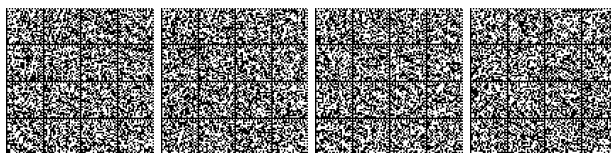
L'Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è un'équipe che afferisce al Distretto ed è composta da 1 medico ed 1 infermiere che operano sul territorio di riferimento anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e in collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP. Al fine di svolgere la propria attività l'UCA può usufruire del supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri.

L'*équipe* UCA può essere integrata con altre figure professionali sanitarie, nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

L'UCA non sostituisce ma supporta per un tempo definito i professionisti responsabili della presa in carico del paziente e della comunità. Essa può essere attivata in presenza di condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e di comprovata difficoltà operativa di presa in carico:

- Dimissione difficile del paziente non altrimenti ricoverabile in Ospedale di Comunità o dimissibile al domicilio in Assistenza Domiciliare;
- Supporto all'Assistenza Domiciliare in particolari situazioni di instabilità clinica o emergenti necessità diagnostiche/terapeutiche;
- Presa in carico e *follow-up* dei pazienti domiciliari durante focolai epidemici, garantendo una risposta rapida e flessibile effettuando accertamenti diagnostici specifici e relativi interventi terapeutici;
- Programmi di prevenzione territoriale, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, quali ad esempio, ondate di calore, vaccinazioni domiciliari e presso le RSA/Case di Riposo per pazienti "fragili" (COVID, influenza, pneumococco, meningococco, epatiti virali, herpes zoster ecc.);
- Programmi di prevenzione ed interventi mirati nelle scuole, in modo coordinato con il Dipartimento di prevenzione e sanità pubblica, nelle comunità difficili da raggiungere, ecc.

L'UCA deve essere dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati; deve essere dotata inoltre di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

La sede operativa dell'UCA è la Casa della Comunità *hub* alla quale afferisce anche dal punto di vista organizzativo.

8. CENTRALE OPERATIVA TERRITORIALE

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Standard:

- 1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

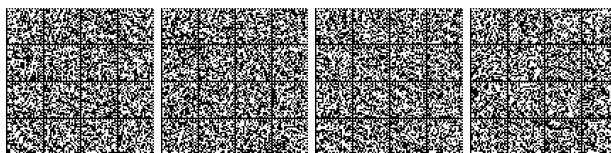
- Standard di personale di 1 COT per 100.000 abitanti: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di Supporto (Si rinvia alla relazione tecnica all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234).

L'obiettivo della COT è quello di assicurare continuità, accessibilità ed integrazione dell'assistenza sanitaria e sociosanitaria.

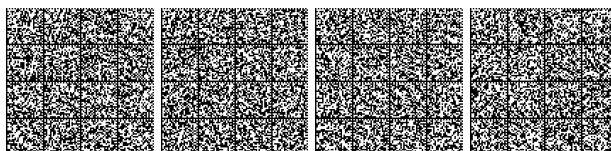
La COT assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti:

- coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi *setting* assistenziali (transizione tra i diversi *setting*: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);
- coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;
- tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;
- supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFeC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;
- raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità (PIC), anche attraverso strumenti di telemedicina, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di *e-health*, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno.

Tutti gli attori del sistema, personale distrettuale e ospedaliero, possono richiedere l'intervento della COT, ovvero: MMG, PLS e medici di continuità assistenziale, medici specialisti ambulatoriali interni, e altri professionisti sanitari presenti nei servizi aziendali e distrettuali nonché personale delle strutture di ricovero intermedie, residenziali e semiresidenziali.

La COT deve essere operativa 7 giorni su 7 e deve essere dotata di infrastrutture tecnologiche ed informatiche quali ad esempio piattaforma comune integrata con i principali applicativi di gestione aziendale, software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate. Al fine di garantire un accesso alla totalità dei servizi disponibili sul territorio, nonché affrontare situazioni complesse o di emergenza, è

fondamentale che la COT, a livello regionale, usufruisca di un sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

La COT è un servizio a valenza distrettuale.

La dotazione di personale infermieristico per ogni COT dovrebbe essere di 3-5 infermieri per un Distretto standard di 100.000 abitanti. La responsabilità del funzionamento della COT, della gestione e del coordinamento del personale è affidata ad un coordinatore aziendale infermieristico.

9. CENTRALE OPERATIVA 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Standard:

- 1 Centrale Operativa NEA 116117 ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale (se con popolazione inferiore allo standard), incrementabile sulla base della numerosità della popolazione. La Centrale Operativa 116117 raccoglie le chiamate di uno o più distretti telefonici in funzione delle dimensioni dei distretti stessi e delle modalità organizzative delle Regioni/PA.

Il Numero Europeo Armonizzato a valenza sociale 116117 è stato individuato dalla Decisione della Commissione Europea numero 116 del 15 febbraio 2007, che ha riservato l'arco di numerazione nazionale con inizio «116» ai numeri destinati a servizi armonizzati a valenza sociale, e dalla Decisione n. 884 del 30 novembre 2009, che ha riservato tale numero per il servizio di Continuità Assistenziale per le cure non urgenti. A livello nazionale con l'Accordo Stato-Regioni del 7/02/2013 e successivamente con l'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 sono state individuate le "*Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del Numero Europeo armonizzato a valenza sociale 116117*".

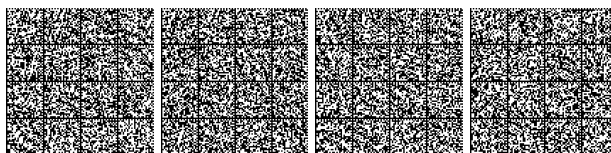
Il numero 116117 si raccorderà con eventuali strumenti nazionali e/o territoriali finalizzati alla presa in carico di persone con fragilità.

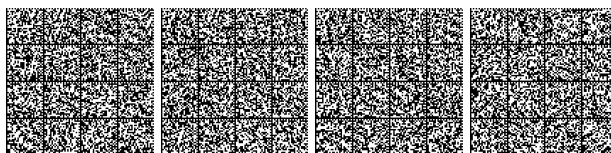
Il numero 116117 (NEA), unico a livello nazionale ed europeo, ha la funzione di facilitare l'accesso della popolazione alle cure mediche non urgenti e ad altri servizi sanitari territoriali a bassa intensità/priorità di cura, raccordandosi anche con il servizio di continuità assistenziale e di emergenza urgenza, con le Centrali Operative Territoriali e con altri servizi previsti da ciascuna Regione o Provincia Autonoma.

La Centrale Operativa NEA 116117 offre un servizio diretto, per un bacino di utenza non inferiore a 1-2 milioni di abitanti, anche se la dimensione regionale deve essere considerata come quella minima, fatti salvi accordi di prossimità e la istituzione di centrali interregionali.

Il servizio è aperto, gratuito e attivo h24 7/7 giorni, e permette alla popolazione di entrare in contatto con un operatore, sanitario o tecnico-amministrativo opportunamente formato, che possa fornire assistenza, direttamente o attraverso il trasferimento di chiamata al servizio competente, a valenza sociosanitaria.

La NEA 116117 eroga servizi:

- che garantiscono una risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio erogabile obbligatorio) per:
    - prestazioni e/o consigli medici non urgenti nelle ore di apertura del servizio di Continuità Assistenziale,
    - individuazione e trasferimento delle richieste di soccorso sanitario urgente al 118/112.
- che garantiscono la risposta di tipo informativo (servizio erogabile obbligatorio). Può essere prevista anche la risposta operativa con trasferimento di chiamata (servizio consigliato) per:

- modalità di accesso a MMG/PLS anche in caso di difficoltà di reperimento,
- consigli sanitari non urgenti prima dell'orario di apertura del servizio di Continuità Assistenziale e dopo l'orario di chiusura con eventuale inoltro della chiamata al 118,
- modalità di accesso alla Guardia medica turistica.

Altri servizi possono essere erogati dalle Regioni e Province Autonome, secondo quanto indicato nell'Accordo Stato-Regioni del 24 novembre 2016 (integrazione sociosanitaria, sanità pubblica, trasporto sanitario, ecc.).

10. ASSISTENZA DOMICILIARE

Le Cure domiciliari è un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza.

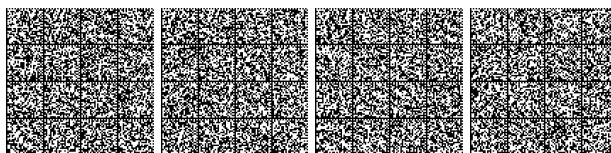
Standard:

- 10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

La casa come primo luogo di cura viene individuata all'interno della programmazione sanitaria nazionale quale *setting* privilegiato dell'assistenza territoriale. Le cure domiciliari, nelle sue forme previste nell'ambito dei Livelli essenziali di assistenza, si configurano come un servizio in grado di gestire al domicilio interventi a diverso livello di intensità e complessità dell'assistenza nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato. Vanno tenute distinte le forme di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) dalle Cure Palliative Domiciliari definite come un livello essenziale specifico e denominate come Unità di Cure Palliative Domiciliari, nell'ambito delle reti locali di cure palliative per l'adulto e per il bambino. Tuttavia, tale distinzione può non essere presente a livello organizzativo aziendale nella composizione dell'équipe purché i professionisti siano specificatamente formati in cure palliative come previsto dalla normativa vigente. Le Cure Domiciliari si articolano in un livello Base e in Cure Domiciliari Integrate (ADI di I livello, ADI di II livello, ADI di III livello) e consistono in trattamenti medici, infermieristici, riabilitativi, diagnostici, ecc., prestati da personale sanitario e sociosanitario qualificato per la cura e l'assistenza alle persone non autosufficienti e in condizioni di fragilità, con patologie in atto o esiti delle stesse, per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita quotidiana.

Le risposte assistenziali, differenziate per intensità e complessità, sono programmate a seguito della Valutazione Multidimensionale e della conseguente formulazione di un Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) che comprende, quando necessario, anche il Piano di Riabilitazione Individuale (PRI). Tale valutazione multidimensionale è effettuata dall'unità valutativa che garantisce anche la rivalutazione periodica della persona assistita e definisce criteri di dimissione o passaggio ad altri *setting* assistenziali. Periodicamente deve essere effettuata la rivalutazione del PAI e dell'eventuale PRI. Viene inoltre assicurato il coinvolgimento degli specialisti in relazione a quanto stabilito nel PAI con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta sanitaria, del paziente e del *caregiver*. Il responsabile clinico del paziente è il Medico di Medicina Generale o il Pediatra di Libera Scelta.

Le Regioni e le Province Autonome garantiscono l'accesso ai servizi sanitari, la presa in carico della persona, la valutazione multidimensionale dei bisogni e la definizione dei percorsi assistenziali integrati sotto il profilo clinico, funzionale, nonché procedure e strumenti di valutazione multidimensionale, scientificamente validati, garantendo uniformità sul proprio territorio. Al fine di individuare standard assistenziali comuni e monitorare lo sviluppo quali-quantitativo delle Cure Domiciliari, nonché caratterizzare e misurare attraverso specifici indici le condizioni di fragilità dell'assistito, è necessario definire un criterio omogeneo a livello nazionale.

La classificazione nei diversi livelli di intensità assistenziale è codificata e misurata nel flusso informativo nazionale sull'assistenza domiciliare (Sistema Informativo Assistenza Domiciliare - SIAD) attraverso il Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA), un indicatore che misura il rapporto tra giornate effettive di assistenza (GEA) e giornate di cura (GDC) relative al periodo di presa in carico. La complessità assistenziale è misurata attraverso l'insieme delle prestazioni erogate e dei

professionisti coinvolti nel PAI. L'intensità e la complessità assistenziale consentono di misurare e caratterizzare i percorsi assistenziali erogati.

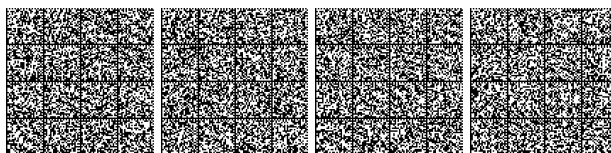
I soggetti che erogano Cure Domiciliari devono possedere i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi previsti per l'autorizzazione e per l'accreditamento sulla base della normativa vigente. Tali soggetti devono disporre di una sede organizzativa ed operativa per garantire l'accessibilità alle cure, il coordinamento dell'*équipe* assistenziale, l'integrazione tra professionisti e servizi assicurando la necessaria continuità dell'assistenza in particolare in sede di dimissione ospedaliera protetta e al fine di evitare ricoveri inappropriati. Tale integrazione deve avvenire per il tramite del Distretto che, attraverso i suoi servizi e professionisti, governa le transizioni degli assistiti tra i diversi *setting* assistenziali. Il servizio di Assistenza Domiciliare costituisce una delle articolazioni distrettuali con cui la Centrale Operativa Territoriale si interfaccia e raccorda attraverso piattaforme digitali che facilitino l'inserimento dei dati relativi alle persone prese in carico nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

La dotazione di personale da definire nell'ambito delle risorse disponibili a legislazione vigente, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attività erogata, in particolare: medici, infermieri, operatori delle professioni sanitarie, della riabilitazione, operatori sociosanitari, e altri professionisti sanitari necessari a rispondere ai bisogni assistenziali individuati nel PAI/PRI.

Il servizio di cure domiciliari garantisce la continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24 nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste.

Tali interventi si integrano con quelli previsti dall'articolo 1 comma 162, lettera a), della legge 20 dicembre 2021, n. 234 di competenza di ATS. In tali termini ai fini dell'operatività di tale previsione, si rimanda a quanto sarà definito dall'intesa da sottoscriversi ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e a quanto sarà definito dall'accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017, nell'ambito delle risorse umane e strumentali di rispettiva competenza del SSN e dei comuni disponibili a legislazione vigente.

Gli Indicatori di Monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare

- % di pazienti over 65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA)

11. OSPEDALE DI COMUNITÀ

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Standard:

- 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti;
- 0,2 posti letto per 1000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

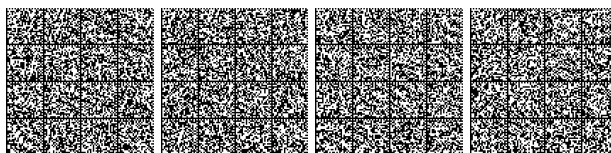
Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto:

7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7.

L'OdC come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM n. 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.

L'OdC è una struttura sanitaria territoriale, rivolta a pazienti che, a seguito di un episodio di acuzie minore o per la riacutizzazione di patologie croniche, necessitano di interventi sanitari a bassa intensità clinica potenzialmente erogabili a domicilio, ma che necessitano di assistenza/sorveglianza sanitaria infermieristica continuativa, anche notturna, non erogabile a domicilio o in mancanza di idoneità del domicilio stesso (strutturale e/o familiare). Tali necessità possono concretizzarsi sia in occasione di dimissione da struttura ospedaliera, sia per pazienti che si trovano al loro domicilio, in questo secondo caso possono rientrare anche ricoveri brevi. L'OdC è una struttura sanitaria in possesso dei requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi che garantiscano la qualità delle cure e la sicurezza dei pazienti, nonché la misurazione dei processi e degli esiti. L'OdC, così come chiarito dall'Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020, non è ricompreso nelle strutture residenziali (articoli 29-35 del DPCM 12/01/2017 recante *"Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502"*).

L'OdC può avere una sede propria, essere collocato in una Casa della Comunità, in strutture sanitarie polifunzionali, presso strutture residenziali sociosanitarie oppure essere situato in una struttura ospedaliera, ma è riconducibile ai servizi ricompresi nell'assistenza territoriale distrettuale.

L'Ospedale di Comunità deve essere realizzato nel rispetto delle norme vigenti a livello nazionale e regionale in materia di edilizia sanitaria. L'OdC deve essere dotato di servizi generali, nonché di eventuali opportuni spazi organizzati e articolati in modo tale da garantire lo svolgimento delle seguenti funzioni: locali ad uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.

L'OdC ha un numero di posti letto di norma tra 15 e 20. É possibile prevedere l'estensione fino a due moduli e non oltre, ciascuno di norma con un numero di 15-20 posti letto, per garantire la coerenza rispetto alle finalità, ai destinatari e alle modalità di gestione.

Possono accedere all'OdC pazienti con patologia acuta minore che non necessitano di ricovero in ospedale o con patologie croniche riacutizzate che devono completare il processo di stabilizzazione clinica, con una valutazione prognostica di risoluzione a breve termine (entro 30 giorni), provenienti dal domicilio o da altre strutture residenziali, dal Pronto soccorso o dimessi da presidi ospedalieri per acuti. Tra gli obiettivi primari del ricovero deve essere posto anche il coinvolgimento attivo e l'aumento di consapevolezza, nonché la capacità di auto-cura dei pazienti e del familiare/*caregiver*, attraverso la formazione e l'addestramento alla migliore gestione possibile delle nuove condizioni cliniche e terapeutiche e al riconoscimento precoce di eventuali sintomi di instabilità.

In sintesi, le categorie principali di pazienti eleggibili sono le seguenti:

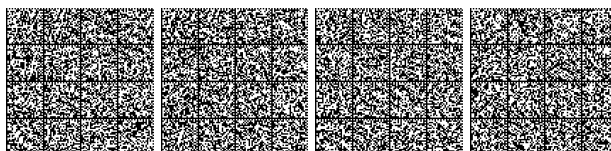
a) pazienti fragili e/o cronici, provenienti dal domicilio, per la presenza di riacutizzazione di condizione clinica preesistente, insorgenza di un quadro imprevisto, in cui il ricovero in ospedale risulti inappropriato;
b) pazienti, prevalentemente affetti da multimorbidità, provenienti da struttura ospedaliera, per acuti o riabilitativa, clinicamente dimissibili per conclusione del percorso diagnostico terapeutico ospedaliero, ma con condizioni richiedenti assistenza infermieristica continuativa;
c) pazienti che necessitano di assistenza nella somministrazione di farmaci o nella gestione di presidi e dispositivi, che necessitano di interventi di affiancamento, educazione ed addestramento del paziente e del *caregiver* prima del ritorno al domicilio;
d) pazienti che necessitano di supporto riabilitativo-rieducativo, il quale può sostanziarsi in: valutazioni finalizzate a proporre strategie utili al mantenimento delle funzioni e delle capacità residue (es. proposte di fornitura di ausili); supporto ed educazione terapeutica al paziente con disabilità motoria, cognitiva e funzionale; interventi fisioterapici nell'ambito di Percorsi/PDTA/Protocolli già attivati nel reparto di provenienza e finalizzati al rientro a domicilio.

I pazienti ospitati necessitano di assistenza infermieristica continuativa e assistenza medica programmata o su specifica necessità.

Gli OdC possono prevedere ambienti protetti, con posti dedicati a pazienti con demenza o con disturbi comportamentali, in quanto affetti da patologie croniche riacutizzate a domicilio o in dimissione ospedaliera. Queste strutture potrebbero ridurre l'istituzionalizzazione e l'ospedalizzazione in ambienti ospedalieri non idonei (*cfr. Piano nazionale demenze approvato con accordo del 30 ottobre 2014 dalla Conferenza Unificata - Rep. Atti n.135/CSR)*.

In prossimità di Ospedali Pediatrici è possibile prevedere la realizzazione di OdC dedicati a pazienti pediatrici, con la responsabilità clinica del pediatra e la presenza di personale di assistenza specificamente formato e competente per tale target di pazienti.

L'accesso presso l'OdC avviene su proposta di:

- medico di medicina generale;
- medico di continuità assistenziale;
- medico specialista ambulatoriale interno ed ospedaliero;
- medico del pronto soccorso;
- pediatra di libera scelta.

Il ricovero presso l'OdC deve avere una durata non superiore a 30 giorni. Solo in casi eccezionali e comunque motivati dalla presenza di situazioni cliniche non risolte la degenza potrà prolungarsi ulteriormente.

Per quanto non esplicitato nel presente paragrafo si rinvia all'Intesa Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

Responsabilità e personale

La gestione e l'attività nell'OdC sono basate su un approccio multidisciplinare, multiprofessionale ed interprofessionale, in cui sono assicurate collaborazione ed integrazione delle diverse competenze. La responsabilità igienico sanitaria e clinica dell'OdC è in capo al medico e può essere attribuita ad un medico dipendente o convenzionato con il SSN, pertanto può essere attribuita anche a MMG/PLS, SAI. La responsabilità organizzativa è affidata ad un responsabile infermieristico (cfr. DM n. 70/2015), secondo quanto previsto dall'Accordo Stato-Regioni del 20 febbraio 2020.

L'assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7 con il supporto degli Operatori Sociosanitari, in coerenza con gli obiettivi del Progetto di assistenza individuale integrato (PAI) e in stretta sinergia con il responsabile clinico e gli altri professionisti sanitari e sociali coinvolti.

All'interno dell'equipe di cura è presente l'Infermiere che si occupa, in particolare, delle transizioni di cura dei pazienti assicurandone la presa in carico e la continuità assistenziale: tale infermiere si interfaccia con le Centrali Operative Territoriali e in modo da facilitare l'organizzazione dell'assistenza, e gli ausili eventualmente necessari, una volta che il paziente tornerà al domicilio.

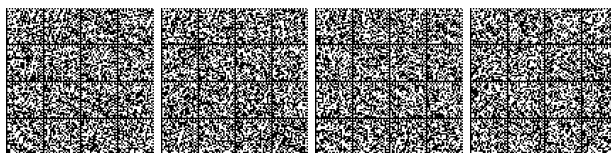
L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

L'organizzazione dell'OdC deve garantire l'interfaccia con le diverse componenti che partecipano e realizzano la continuità dell'assistenza nell'ambito del PDTA e del PAI per ogni singolo paziente, compresi i professionisti che prescrivono e forniscono i necessari ausili ed eventualmente con i servizi sociali dei comuni.

I responsabili delle attività cliniche ed infermieristiche provvedono alla raccolta delle informazioni sanitarie per i rispettivi ambiti di competenza, utilizzando una cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.

In caso di emergenza, dovranno essere attivate le procedure previste, a livello regionale, tramite il Sistema di Emergenza Urgenza territoriale. Nel caso in cui la sede dell'OdC sia all'interno di un presidio ospedaliero potranno essere attivate le procedure d'urgenza del presidio ospedaliero.

All'interno degli OdC dovranno, inoltre, essere garantite alcune attività di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

Al fine di realizzare anche attività di riabilitazione motoria in ogni OdC deve essere garantito l'accesso a idonei locali attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.

L'ospedale di comunità come nodo della rete territoriale

L'OdC, pur avendo un'autonomia funzionale, opera in forte integrazione con gli altri servizi sanitari quali: la rete delle cure intermedie, i servizi di assistenza specialistica ambulatoriale, le cure domiciliari e i servizi di emergenza urgenza territoriali. A tal fine devono essere predisposte specifiche procedure operative volte a garantire la continuità assistenziale e la tempestività degli interventi necessari, valorizzando la funzione di coordinamento e raccordo garantito dalle COT.

Devono essere definiti appositi collegamenti funzionali con i servizi di supporto diagnostico specialistico.

Flussi informativi

Nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) del Ministero della Salute sarà implementato, con le risorse umane, strumentali e finanziarie disponibili a legislazione vigente il flusso informativo che consentirà di rilevare le prestazioni erogate dagli OdC.

L'OdC dovrà dotarsi del sistema informativo per la raccolta, il periodico aggiornamento e la gestione dei contenuti informativi integrati necessari al monitoraggio dell'attività clinica ed assistenziale erogata, assicurando la tempestiva trasmissione dei dati a livello regionale per l'alimentazione del debito informativo nazionale.

Gli Indicatori di Monitoraggio degli Ospedali di Comunità

- Tasso di ricovero della popolazione >75 anni
- Tasso di ricovero in Ospedale per acuti durante la degenza in OdC
- Tasso di riospedalizzazione a 30 giorni
- Degenza media in OdC
- Degenza oltre le 6 settimane (o N° di outlier)
- N. pazienti provenienti dal domicilio
- N. pazienti provenienti da ospedali

12. RETE DELLE CURE PALLIATIVE

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O., ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Standard:

- 1 Unità di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti;

- Hospice: 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

La legge n. 38/2010 e i successivi provvedimenti attuativi hanno definito il modello di sviluppo delle reti di cure palliative in termini di accreditamento delle strutture e delle reti, di attuazione, gestione e coordinamento dei percorsi assistenziali integrati e riconoscimento delle competenze professionali. Le cure palliative sono state caratterizzate con un approccio orientato alla presa in carico e al percorso di cura, distinguendo gli interventi per livelli di complessità ed intensità assistenziale e, in ambito domiciliare, differenziandole dall'ADI attraverso specifiche e specialistiche Unità di offerta. Nell'ambito della cornice normativa ed in considerazione delle transizioni demografiche, epidemiologiche e sociali appare sempre più necessario implementare e rafforzare l'approccio alle cure palliative in una prospettiva di integrazione e complementarietà alle terapie attive sia in ambito ospedaliero che territoriale.

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) è un'aggregazione funzionale integrata delle attività di CP erogate nei diversi setting (ospedale, ambulatorio, domicilio, hospice) assistenziali in un territorio, alla quale corrispondono le seguenti funzioni:

- coordina e integra le CP nei diversi livelli di assistenza, in collaborazione con la Centrale Operativa Territoriale, i Punti Unici di Accesso, l'ADI e l'Assistenza Primaria;
- definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali;
- adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati;
- raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo;
- attiva percorsi formativi aziendali specifici;
- partecipa a iniziative di Ricerca.

La governance della RLCP, ai sensi della normativa vigente, è demandata a livello aziendale, attraverso l'istituzione di un organismo di coordinamento, composto da: un coordinatore di rete, referenti delle singole strutture e una rappresentanza delle associazioni di volontariato di settore.

La rete nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale agisce, pertanto, sul territorio di riferimento assicurando l'erogazione dell'assistenza:

- nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera attraverso équipe di cure palliative della rete che erogano consulenza, facilitano l'attivazione dei percorsi di cure palliative per garantire la continuità ospedale-territorio, supportano l'équipe dell'unità operativa ospedaliera nelle strategie per la rimodulazione e ridefinizione degli obiettivi terapeutici;
- nell'ambito ambulatoriale dove sono erogate cure palliative precoci e simultanee da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative che operano all'interno della RLCP;
- a domicilio del paziente, attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD), con la previsione di un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per assicurare la continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Tale *équipe* può essere, dal punto di vista organizzativo, integrata con l'équipe dell'assistenza domiciliare integrata;
- nelle strutture residenziali e negli Hospice, con standard di riferimento di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti.

Questi servizi devono essere garantiti sulla base dei criteri e requisiti previsti dalla normativa e dagli accordi vigenti, tra cui l'Intesa Stato-Regioni del 25 luglio 2012, l'Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020 (Rep. Atti n. 119/CSR e Rep. Atti n. 118/CSR) e l'Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021.

13. SERVIZI PER LA SALUTE DEI MINORI, DELLE DONNE, DELLE COPPIE E DELLE FAMIGLIE

Il Consultorio Familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento

Standard:

- 1 consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L'attività consultoriale può svolgersi all'interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

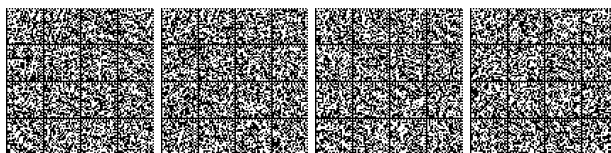
Il Consultorio Familiare (CF) e l'attività rivolta ai minori nell'ambito dell'assistenza territoriale ad accesso diretto – ove presenti -, garantiscono le prestazioni, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, infermieristiche, riabilitative, preventive, alle donne, ai minori, alle coppie e alle famiglie. Gli ambiti di attività dei CF sono quelli previsti nei Livelli Essenziali di Assistenza.
Il CF nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale garantisce tutte le prestazioni descritte nell'articolo 24 del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) 12 gennaio 2017, anche domiciliari, mediche specialistiche, diagnostiche e terapeutiche, ostetriche, psicologiche e psicoterapeutiche, e riabilitative, mediante l'impiego di metodi e strumenti basati sulle più avanzate evidenze scientifiche, necessarie ed appropriate.

L'attività consultoriale è caratterizzata da un approccio multidisciplinare e olistico ("Planetary Health"), nonché da una attenzione alla complessità dello stato di salute della popolazione anche attraverso la qualità dell'accoglienza, dell'ascolto e della comunicazione e la loro capacità di realizzare programmi di promozione della salute e assistenza volti anche alla presa di consapevolezza delle persone e delle comunità.

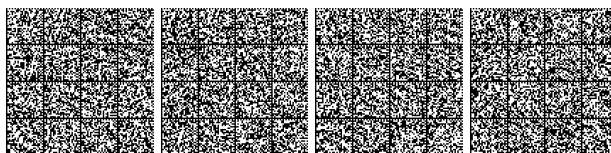
Il principio ispiratore del lavoro del CF è quello dell'integrazione, che avviene a tutti i livelli e si configura come un presupposto fondamentale per il raggiungimento dei suoi obiettivi.

Tale principio è evidente sia all'interno del CF che nel modo in cui questo si rapporta al contesto in cui opera. Il CF svolge, infatti, la propria attività in integrazione con tutti i professionisti afferenti ai servizi ospedalieri e territoriali, soprattutto con quelli dedicati alla presa in carico della persona, quelli rientranti nell'area dell'assistenza primaria e quelli diretti alla tutela della salute nei "primi 1000 giorni", della salute della donna in tutto il suo ciclo vitale e della salute mentale (es. pediatri di libera scelta, psicologi delle cure primarie, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, dipartimenti di salute mentale e dipendenze, specialisti ambulatoriali, servizi di riabilitazione).

Inoltre, l'attività del CF richiede un approccio intersettoriale in quanto, oltre al sociale, vi sono innumerevoli altri attori che posso contribuire alla produzione di benessere dell'individuo e delle comunità (es. settore scolastico, culturale, sportivo), al contenimento del disagio familiare e sociale (es. settore della giustizia, del lavoro).

Le figure professionali che possono operare nel CF sono: l'ostetrica, il medico ginecologo, lo psicologo, l'assistente sociale, l'ostetrica, l'infermiere, l'assistente sanitario e altro personale sanitario, quale ad esempio l'educatore professionale con funzioni sociosanitarie, il personale

amministrativo, ed altre figure come il mediatore linguistico culturale, il mediatore familiare, il terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva (tnpee), il tecnico della riabilitazione psichiatrica (terp), l'avvocato.

Le attività del CF devono essere definite e coordinate, sia sul piano del funzionamento interno del CF, sia sul piano dell'integrazione in rete, con gli altri servizi sanitari (territoriali e ospedalieri) e con gli altri attori della Rete Materno Infantile.

Tutte le sedi dei CF dovranno essere dotate di locali e spazi adeguati alla tipologia ed al volume delle prestazioni erogate.

14. PREVENZIONE IN AMBITO SANITARIO, AMBIENTALE E CLIMATICO

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Standard massimo di popolazione per DP = 1: 500.000 abitanti (necessario per mantenere efficienza organizzativa e conoscenza del territorio che ha identità, omogeneità culturale e socioeconomica imprescindibili nell'azione preventiva).

Il DP, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, opera con riferimento al piano annuale di attività e di risorse negoziate con la Direzione Strategica nell'ambito della programmazione aziendale, al fine di garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita.

Alla luce di quanto definito dal LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica", come da DPCM 12 gennaio 2017, il DP garantisce attraverso le sue articolazioni ed i suoi professionisti il supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali in tutti gli aspetti relativi alla Sanità Pubblica ed esercita nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente le seguenti funzioni:

A - Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali
B - Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati
C - Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
D - Salute animale e igiene urbana veterinaria
E - Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori
F - Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale
G - Attività medico legali per finalità pubbliche.

Il Dipartimento di Prevenzione nelle sue diverse articolazioni ed organizzazioni aziendali è dotato, nell'ambito delle disponibilità previste dalla legislazione vigente, delle risorse multidisciplinari per poter adempiere alle funzioni sopra elencate.

A partire dalle funzioni sopramenzionate il DP, per la sua missione di supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali e regionali, è chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc.

Per la sorveglianza delle malattie infettive in uno scenario di pre-allerta epidemica, potrà essere prevista la strutturazione di 1 team multisettoriale per fronteggiare le emergenze pandemiche, con uno standard di riferimento di professionisti sanitari da definire in base alle condizioni epidemiologiche e all'evoluzione delle fasi pandemiche, come previsto dal Piano Pandemico Nazionale, nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 261 della legge n. 234/2021.

Per adempiere a tali attività il DP:

- opera in stretto raccordo con gli enti e le agenzie che sovraintendono alla materia di volta in volta trattata; nel caso delle crisi/emergenze/crisi diventa punto di riferimento tecnico-operativo tra le autorità nazionali, regionali e locali;

- garantisce il supporto alle attività di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte a promuovere la salute e prevenirne e contenerne i rischi nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunità (es. contesti sociali diversi, zone agricole e industriale, aree urbane e montane, ecc.).

Nell'ambito delle attività di tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati il DP, quale parte della costituenda rete del Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima (SNPS), garantisce il supporto, nell'ambito delle presedette risorse disponibili, al raggiungimento dell'obiettivo "salute" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi.

Nell'ambito della tutela della salute e della sicurezza negli ambienti di lavoro e della prevenzione dei danni acuti e cronici associati all'esposizione a rischi professionali, il DP agisce in raccordo con gli altri Enti preposti, anche contribuendo per quanto di competenza, sul versante tecnico, al costituendo SINP - Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di Lavoro.

Nell'ambito del contrasto alle malattie croniche non trasmissibili, il DP agisce in stretto raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona. In questo contesto si inserisce la collaborazione con le Case della Comunità, i Dipartimenti di Salute mentale e delle Dipendenze ovvero gli altri servizi della rete sociosanitaria territoriale per l'invio a interventi strutturati e per la modifica dei comportamenti a rischio.

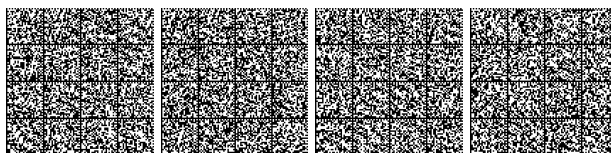
Per la piena realizzazione del suo mandato, che supera la visione "settoriale" (Accordo Stato-Regioni sulle "Linee di guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali" Repertorio Atti n. 1493 del 25 luglio 2002), per servizi, il DP adotta un approccio basato sui principi di priorità, efficacia ed efficienza produttiva e allocativa, che necessita di una organizzazione e di una *governance* flessibile (multidisciplinare, multi professionale, multisettoriale), capace di aggregare intorno ad obiettivi complessi professionalità diverse, anche esterne al sistema sanitario.

Elementi cardine di tale organizzazione sono:

- valutazione dell'impatto sanitario (*health impact assessment*) e identificazione del rischio (*risk assessment* e *health equity audit*) attraverso l'uso dei dati epidemiologici e, in particolar modo, del Profilo di salute ed equità, strumento essenziale per compiere una corretta analisi dello scenario e per la definizione di bisogni e priorità di intervento;
- azioni di promozione della salute, prevenzione rispetto ai determinanti della salute nel rapporto salute-ambiente, in stretto raccordo con enti locali e agenzie regionali e nazionali;
- azioni di *preparedness* e di risposta rapida alle emergenze sanitarie di tipo infettivo, ambientale, ecc. garantendo uno stretto raccordo ed il supporto alle autorità sanitarie locali e regionali nonché alle Agenzie ed Enti a ciò deputati;
- cultura e pratica di interventi di prevenzione ancorati alle prove di efficacia (*efficacy* ed *effectivenes*), equità e sostenibilità;

- approccio sistemico;
  - nell'erogazione delle prestazioni, anche al fine di favorire l'integrazione delle articolazioni del DP nella rete dei servizi sociosanitaria rilevanza sanitaria coordinata dal Distretto;
  - nella promozione, prevenzione e tutela della salute delle comunità avendo come riferimento gli Obiettivi di sviluppo sostenibili (SDGs) anche attraverso l'adozione della strategia "*One Health*" e con particolare attenzione al rapporto salute - ambiente, favorendo una stretta sinergia con le diverse articolazioni delle comunità locali, con le agenzie e le istituzioni interessate;
- comunicazione come veicolo di efficacia degli interventi di promozione della salute e prevenzione, per contribuire ad incrementare l'alfabetizzazione sanitaria e lo sviluppo di competenze e capacità, per il riorientamento salutare di ambienti, contesti e stili di vita e l'adesione a programmi di prevenzione secondaria, nonché come strumento per la condivisione degli obiettivi di salute e dei criteri di priorità degli interventi a tutti i livelli della concertazione (tecnica, istituzionale e di comunità), e di fidelizzazione, di trasparenza e credibilità del DP;
- qualità ovvero adozione e implementazione di *standard* e processi con valutazione degli stessi e degli esiti delle azioni rispetto agli obiettivi fissati al fine di innescare meccanismi di revisione e miglioramento continuo della efficacia, appropriatezza e qualità professionale, tecnologica, relazionale;
- formazione continua degli operatori basata sulle competenze essenziali per ogni profilo professionale (*core competencies*) finalizzata:
  - al raggiungimento e mantenimento delle stesse e degli standard operativi collegati;
  - all'assimilazione degli elementi del metodo di lavoro (costruzione del profilo di salute, scelta delle priorità, individuazione degli interventi efficaci, programmazione, realizzazione e valutazione, di processo e di impatto) orientato alla collaborazione e alla trasversalità;
- valorizzazione dell'epidemiologia e uso di dati (sistemi di sorveglianza di popolazione) ed indicatori, come strumento
  - di monitoraggio dello stato di salute delle comunità
  - di valutazione di impatto dei programmi;
  - di governance dei processi, anche nella direzione dell'integrazione con altre strutture e aree del sistema.

In questo contesto si inserisce la collaborazione, anche attraverso la previsione all'interno di ogni DP di esperti in tematiche che riguardano la salute l'ambiente e le loro connessioni che funga da elemento collettore presso le Case della Comunità, che prevedono tra i vari obiettivi anche quello di garantire in modo coordinato la prevenzione e promozione della salute sia attraverso interventi di comunità che individuali realizzati dall'equipe sanitarie con il coordinamento del Dipartimento di Prevenzione e Sanità Pubblica aziendale.

Le funzioni del DP direttamente afferenti alla prevenzione primaria e al controllo dei determinanti di salute di natura ambientale e climatica, operano in una rete con il coordinamento tecnico dell'Istituto Superiore di Sanità, al fine di garantire un approccio di sistema nella valutazione e controllo degli effetti delle pressioni ambientali e climatiche sul benessere delle persone e delle comunità, e nella

costruzione di interventi e di scenari decisionali, con un approccio basato sulla prevenzione integrata, strettamente connesso con l'assistenza sanitaria territoriale e le Case della Comunità.
Come sancito dai Piani Nazionali della Prevenzione a partire dal 2005, l'azione del DP è sempre più multidisciplinare e intersettoriale, nell'ottica della Salute in tutte le politiche. Esso opera in raccordo con gli altri nodi della rete, estendendo gli ambiti di intervento (prevenzione universale, medicina predittiva, medicina di genere, prevenzione nella popolazione a rischio, prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia) attraverso una stretta interazione e integrazione (organizzativa, funzionale, operativa) nonché un utilizzo coordinato di tutte le risorse. Tale modello a rete di erogazione dei servizi favorisce la presenza capillare sul territorio delle attività di prevenzione e promozione della salute e allo stesso modo garantisce la capacità del DP di: i) intercettare precocemente la domanda di salute della popolazione e fornire adeguate risposte; ii) sviluppare strategie e strumenti di gestione etica delle risorse della comunità (*stewardship*); iii) promuovere consapevolezza e autodeterminazione della persona (*empowerment*). Questa strategia viene ulteriormente rafforzata dal PNP 2020-2025 il quale promuove un approccio multidisciplinare, intersettoriale e coordinato per affrontare i rischi potenziali o già esistenti secondo una visione che considera la salute come risultato di uno sviluppo armonico e sostenibile dell'essere umano, della natura e dell'ambiente (*One Health*). Il Piano investendo, pertanto, nella messa a sistema in tutte le Regioni e Province autonome di programmi di prevenzione collettiva di provata efficacia e di modelli, metodologie e linee di azione basate su evidenze consolidate o su buone pratiche validate e documentate, impegna il DP ad agire con l'obiettivo di rendere esigibili, applicabili e misurabili i programmi e gli interventi previsti nel LEA Prevenzione collettiva e Sanità pubblica.

15. TELEMEDICINA

La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

La telemedicina rappresenta un approccio innovativo alla pratica sanitaria, già consolidato in diversi ambiti sanitari, consentendo - se inclusa in una rete di cure coordinate - l'erogazione di servizi e prestazioni sanitarie a distanza attraverso l'uso di dispositivi digitali, internet, software e delle reti di telecomunicazione.

La telemedicina supporta l'interazione dei diversi professionisti sanitari con l'assistito nelle diverse fasi di valutazione del bisogno assistenziale, di erogazione delle prestazioni e di monitoraggio delle cure. Facilita inoltre lo scambio di informazioni tra professionisti e la collaborazione multiprofessionale e multidisciplinare sui singoli casi clinici. Implica il trasferimento di dati e informazioni, anche personali e relativi alla salute, in diversi formati (numerici, testuali, grafici, multimediali, etc.) e modalità di interazione (sincrona o asincrona).

Le diverse prestazioni e servizi di telemedicina, quali la televisita specialistica, la teleassistenza, il telemonitoraggio, la teleriabilitazione, il teleconsulto medico, la teleconsulenza medico sanitaria, o la telerefertazione, costituiscono un'opportunità e un fattore abilitante la strutturazione di modelli di gestione integrata dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria a rilevanza sanitaria, in grado di rispondere sia alle necessità dei sistemi sanitari, con particolare riferimento alla gestione della cronicità, sia, in un'ottica di medicina personalizzata, a quelle individuali del singolo assistito, così come previsto anche dal "Patto per la Salute 2019-2021".

L'importanza del ruolo della sanità digitale e della telemedicina nel favorire i processi di presa in carico del paziente cronico, consentendo una migliore gestione domiciliare della persona, è riconosciuta anche nel Piano Nazionale della Cronicità del 2016. Del resto, l'utilizzo della telemedicina per l'erogazione di prestazioni e servizi assistenziali abilita e supporta l'attuazione delle disposizioni di cui all'articolo 21 del DPCM del 12 gennaio 2017, nell'ambito dei percorsi assistenziali integrati e assistenza territoriale.

Lo sviluppo della telemedicina va considerato come un elemento abilitante per l'attuazione della riorganizzazione dell'assistenza territoriale, poiché può favorire:

- la riduzione delle distanze tra operatori sanitari e pazienti e tra operatori sanitari stessi;
- il tempestivo intervento per pazienti cronici trattati a domicilio in occasione di episodi di acuzie;
- la diagnosi precoce dell'evento acuto e il tempestivo intervento per pazienti trattati a domicilio e/o in condizioni di emergenza;
- l'efficientamento delle prestazioni assistenziali erogate in zone interne e/o disagiate con una ottimizzazione delle risorse, offrendo servizi di prossimità che aumentino l'appropriatezza e l'aderenza terapeutica;
- la correlazione degli interventi per una presa in carico integrata tra ospedale e territorio, anche assicurando processi di de-ospedalizzazione, quali ad esempio le dimissioni protette;
- la collaborazione tra gli operatori appartenenti alle diverse reti assistenziali ospedaliere e

territoriali, consentendo una più efficace ed efficiente operatività dei *gruppi di lavoro*, in particolare per tutti quei contesti nei quali la multidisciplinarietà è elemento essenziale per una corretta presa in carico e gestione dell'assistito.

La telemedicina è dunque l'insieme di tecnologia e organizzazione che, se inclusa in una rete di cure coordinate (*coordinated care*), contribuisce in modo rilevante a migliorare la capacità di risposta del Servizio Sanitario Nazionale. Nel disegno di riorganizzazione dell'assistenza territoriale delineato dal presente documento, la telemedicina diviene parte integrante del progetto di salute, sia esso semplice o complesso, definito per il singolo assistito in base ai propri bisogni di salute.

Le esperienze sinora condotte dimostrano che nella presa in carico continuativa e di lungo periodo del paziente multi-patologico e/o fragile le modalità di adozione di modelli di servizio innovativi supportati dalla telemedicina sono legate strettamente alla maturità e capacità dei contesti locali e possono implicare importanti modifiche dell'operatività e delle competenze dei professionisti.

Tale visione è coerente con quanto richiamato nelle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020, in base alle quali le prestazioni ed i servizi di telemedicina sono assimilati a qualunque altra prestazione o servizio diagnostico/terapeutico/assistenziale/riabilitativo, e come tali devono sempre rispettare tutti i diritti e gli obblighi propri di qualsiasi atto sanitario. Anche se, per quel che concerne il rapporto personale medico-paziente, le prestazioni di telemedicina non sostituiscono completamente le prestazioni assistenziali tradizionali, ma le integrano per migliorarne efficacia, efficienza, appropriatezza e sostenibilità. A tal fine le regioni e le aziende sanitarie erogano prestazioni e servizi per cui, attraverso studi comparativi, siano state scientificamente dimostrate, pari condizioni di sicurezza per gli assistiti ed i professionisti sanitari, e pari o migliori condizioni in termini di costo-efficacia rispetto alla pratica clinica tradizionale.

In coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità e ridurre le diseguaglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto più omogeneo possibile sul territorio, e in considerazione delle potenzialità delle moderne tecnologie ICT, i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina, che operino a qualsiasi livello aziendale, regionale, interregionale e/o nazionale, devono:

- interoperare con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) a supporto dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilità nei dati;
- supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilità in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;
- supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute;
- uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilità e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);
- mettere a disposizione servizi strutturati in modo uniforme e con elevati livelli di sicurezza, sull'intero territorio, sviluppati con approccio modulare e che garantiscono il rispetto delle vigenti indicazioni nazionali.

Responsabilità professionale

La responsabilità professionale nel determinare l'idoneità dell'assistito alla fruizione di prestazioni di telemedicina e di teleassistenza è in capo ai medici o per le attività di teleassistenza agli altri professionisti sanitari che, opportunamente formati all'uso delle tecnologie, operativamente erogano le prestazioni a distanza, in quanto deputati a individuare gli strumenti più idonei per il singolo paziente, in un'ottica di proporzionalità, appropriatezza, efficacia e sicurezza, nel pieno rispetto dei diritti della persona.

D'altro canto, affinché le prestazioni di telemedicina possano essere attivate, è necessaria una preventiva adesione da parte dell'assistito, che si rende disponibile al contatto telematico, all'interazione documentale e informativa con il professionista sanitario e a utilizzare i previsti sistemi di comunicazione remota, secondo le normative vigenti in tema di privacy e sicurezza.

In questo contesto, se il paziente è disponibile a ricevere la prestazione in telemedicina dal domicilio, il suo "profilo tecnologico", ovvero la sua conoscenza e capacità d'uso degli strumenti informatici, deve diventare parte dell'anamnesi. Al variare del tipo di prestazione di telemedicina erogata, e dei relativi requisiti minimi e dispositivi accessori associati, per il singolo assistito dovrebbero essere valutati i seguenti aspetti:

1. se sa usare o è in grado di imparare ad usare gli strumenti digitali di comunicazione (es. smartphone, tablet, computer con webcam);
2. se può usare autonomamente tali strumenti (disabilità fisica e cognitiva potrebbero limitarne la possibilità;
3. se può essere aiutato da un familiare o un *caregiver* nell'uso di tali strumenti;
4. l'idoneità al domicilio della rete internet, degli impianti (elettrici, idraulici, ecc), degli ambienti e delle condizioni igienico-sanitarie.

Per i Requisiti minimi e gli Standard di servizio si rinvia alle "Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina", approvate in Conferenza Stato Regioni il 17 dicembre 2020.

16. SISTEMI INFORMATIVI E DI QUALITA'

Tutte le unità operative territoriali che compongono il Distretto devono essere dotate di soluzioni digitali idonee ad assicurare la produzione nativa dei documenti sanitari in formato digitale, secondo gli standard adottati a livello nazionale, e la condivisione dei dati relativi a ciascun paziente tra i diversi professionisti sanitari coinvolti nell'assistenza: ciò al fine di consentire di realizzare servizi in rete pienamente integrati. Si tratta, quindi, di rendere disponibili a ciascun Distretto, anche nell'ambito dei sistemi regionali, infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate e interoperabili sia con i sistemi dell'ecosistema di sanità digitale nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) nonché con le soluzioni di telemedicina.

I sistemi informativi del Distretto devono essere in grado di:

a) produrre i documenti nativi digitali necessari ad alimentare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ciascun assistito, anche grazie al potenziamento del FSE previsto nel PNRR;

b) integrarsi ed interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire la corretta generazione della ricetta dematerializzata (a carico del SSN e non a carico del SSN), nonché dei Piani Terapeutici Elettronici;

c) produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa dei dati relativi ai flussi informativi nazionali già attivi (SDO, FAR, SIAD, EMUR, HOSPICE, ecc.), nonché assicurare la necessaria evoluzione applicativa per la produzione dei flussi informativi di prossima attivazione (riabilitazione territoriale, consultori familiari, ospedali di comunità e cure primarie); la piattaforma potrà utilizzare le componenti software (Software Developer Toolkit - SDK) messe a disposizione dal Ministero della salute, nell'ambito NSIS, per facilitare l'interoperabilità e la standardizzazione della semantica delle applicazioni IT a livello locale;

d) interoperare con il repository centrale del FSE al fine di utilizzare servizi applicativi di interesse per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli assistiti del Distretto;

e) interoperare con le piattaforme di telemedicina adottate a livello regionale/nazionale.

I sistemi informativi del Distretto devono essere sottoposti a certificazione da parte della Regione per assicurare il rispetto di requisiti di qualità e completezza nella produzione dei dati. Per la certificazione degli standard di produzione dei dati relativi ai punti a) e b) le Regioni/Province autonome adottano le specifiche tecniche pubblicate dal Ministero della salute.

Le strutture territoriali ed intermedie adottano standard di qualità e documentano in merito a:

a) Gestione del rischio clinico:

• applicazione di ogni misura finalizzata alla prevenzione del rischio clinico e utilizzazione di sistemi gestionali degli eventi sentinella e delle denunce di sinistri. Ciascuna struttura adotta, altresì, in forma anonima sistemi di segnalazione dei rischi e errori e criticità organizzative;

• applicazione di liste di controllo specifiche per il contesto territoriale, in coerenza con linee di indirizzo nazionali e le raccomandazioni ministeriali;

• effettuazione di programmi di formazione specifica;

b) Protocolli, istruzioni operative e azioni di miglioramento continuo:

• definizione di protocolli e istruzioni operative validate formalmente e dedicate alle maggiori criticità o problemi assistenziali;

• misurazione delle prestazioni e degli esiti;

• *audit* clinici;

c) documentazione sanitaria e consegna referti, comunicazione, informazione e partecipazione dell'assistito e dei *caregiver*;

d) formazione continua e interprofessionale del personale.

DOCUMENTI TECNICI DI RIFERIMENTO

World Health Organization. What is Primary health care? Disponibile on line https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/primary-health-care

Expert Panel On Effective Ways Of Investing In Health. Definition of a frame of reference in relation to primary care with a special emphasis on financing systems and referral systems. Health and Consumers Directorate General (DG SANCO) della Commissione europea (10 luglio 2014).

Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502. Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e s. m..

Decreto Legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419 e s. m..

Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012 n. 189.

Decreto Legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77.

Decreto Legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito, con modificazioni, dalla legge 1 luglio 2021, n.101.

Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502.

Decreto-legge 28 ottobre 2020, n. 137, convertito, con modificazioni, dalla Legge 18 dicembre 2020, n. 176.

Decisione 2007/116/CE 15 febbraio 2007 che riserva l'arco di numerazione nazionale che inizia con 116 a numeri armonizzati destinati a servizi armonizzati a valenza sociale.

Accordo Stato-Regioni sancito il 07 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 46/CSR). Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale.

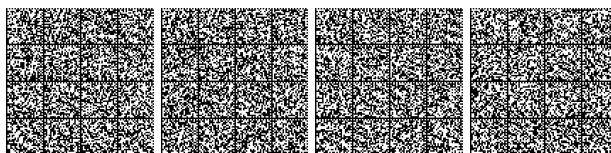
Accordo Stato-Regioni sancito il 24 novembre 2016 (Rep. Atti n. 221/CSR). Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116/117.

Intesa Stato-Regioni sancito il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 3782/CSR). Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità.

Il decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 sui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private (per quanto non esplicitato nel presente documento ai requisiti di cui al richiamato DPR.

World Health Organization. Integrating palliative care and symptom relief into primary health care. Geneva 2018.

Legge 15 marzo 2010, n. 38 e s.m.. Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore.

Intesa Stato-Regioni sancita il 25 luglio 2012 (Rep. Atti n. 151/CSR). Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessari per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cure palliative e della terapia del dolore.

Legge 29 luglio 1975, n. 405. Istituzione dei consultori familiari.

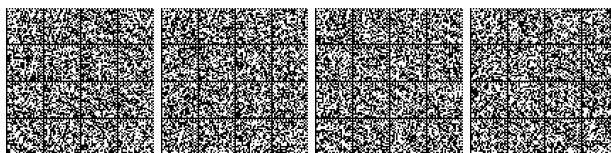
Decreto Ministeriale del 24 aprile 2000. Adozione del Progetto Obiettivo Materno-Infantile (P.O.M.I) relativo al Piano sanitario nazionale per il triennio 1998-2000.

World Health Organization. Guideline: recommendations on digital interventions for health system strengthening. Geneva: World Health Organization; 2019.

Intesa Stato-Regioni sancita il 20 Febbraio 2014 (Rep. Atti n. 16/CSR). Telemedicina, linee d'indirizzo nazionali.

Accordo sancito in sede di Conferenza Stato-Regioni il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR). Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.

Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR). Piano Nazionale della Cronicità.

Legge 31 gennaio 1996, n. 34. Disposizioni urgenti in materia di strutture e di spese del Servizio Sanitario Nazionale.

Allegato 2 – Ricognizione Standard

Casa della Comunità

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

Nella Casa della Comunità lavorano in modalità integrata e multidisciplinare tutti i professionisti per la progettazione ed erogazione di interventi sanitari e di integrazione sociale ai sensi dell'articolo 1, comma 163, della legge 31 dicembre 2021, n. 234 subordinatamente alla sottoscrizione della Intesa ivi prevista e alla sottoscrizione dell'Accordo previsto all'articolo 21, comma 1, del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017.

Standard organizzativi

1 Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti;

Standard di personale per 1 Casa di Comunità *hub*: 7-11 Infermieri, 1 assistente sociale, 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario, Amministrativo).

Servizi presenti nella Casa di Comunità.

Servizi	Modello Organizzativo	
	Casa della Comunità *hub*	**Casa della Comunità *spoke***
Servizi di cure primarie erogati attraverso équipe multiprofessionali (MMG, PLS, SAI, IFoC, ecc.)	OBBLIGATORIO	
Punto Unico di Accesso	OBBLIGATORIO	
Servizio di assistenza domiciliare	OBBLIGATORIO	
Servizi di specialistica ambulatoriale per le patologie ad elevata prevalenza	OBBLIGATORIO	
Servizi infermieristici	OBBLIGATORIO	
Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale	OBBLIGATORIO	
Integrazione con i Servizi Sociali	OBBLIGATORIO	
Partecipazione della Comunità e valorizzazione della co-produzione	OBBLIGATORIO	
Collegamento con la Casa della Comunità *hub* di riferimento	-	OBBLIGATORIO
Presenza medica	OBBLIGATORIO H24, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg
Presenza infermieristica	OBBLIGATORIO H12, 7/7 gg	OBBLIGATORIO H12, 6/7 gg

	FORTEMENTE RACCOMANDATO H24, 7/7 gg	
Servizi diagnostici di base	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Continuità Assistenziale	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Punto prelievi	OBBLIGATORIO	FACOLTATIVO
Attività Consultoriali e attività rivolta ai minori	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Interventi di Salute pubblica (incluse le vaccinazioni per la fascia 0-18)	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Programmi di screening	FACOLTATIVO	FACOLTATIVO
Servizi per la salute mentale, le dipendenze patologiche e la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza	RACCOMANDATO	
Medicina dello sport	RACCOMANDATO	

Standard tecnologici e strutturali

Sistema integrato di prenotazione collegato al CUP aziendale.

Servizi diagnostici finalizzati al monitoraggio della cronicità con strumentazione diagnostica di base (ecografo, elettrocardiografo, retinografo, oct, spirometro) anche attraverso strumenti di telemedicina.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda a i seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.*
- Accordo Stato-Regioni sancito il 7 febbraio 2013 (Rep. Atti n. 46/CSR) recante *Linee guida di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale.*
- Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante *Piano Nazionale della Cronicità.*
- Intesa Stato-Regioni sancita il 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/2020) recante *Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 – 2025*.

Centrale operativa territoriale

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi *setting* assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Standard organizzativi

1 Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale, qualora il Distretto abbia un bacino di utenza maggiore.

Standard di personale: 1 Coordinatore Infermieristico, 3-5 Infermieri, 1-2 unità di Personale di supporto in coerenza con quanto previsto nella relazione tecnica di cui all'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021, n. 234.

Operativa 7 giorni su 7

Standard tecnologici e strutturali

Sistemi di tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro.

Sistemi di raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina.

Infrastrutture tecnologiche ed informatiche integrate con i principali applicativi di gestione aziendale

Software con accesso al Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e ai principali database aziendali, software di registrazione delle chiamate.

Sistema informativo condiviso e interconnesso con la Centrale Operativa Regionale 116117.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda a i seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.*
- Accordo Stato-Regioni sancito il 15 settembre 2016 (Rep. Atti n. 160/CSR) recante *Piano Nazionale della Cronicità.*

Centrale Operativa 116117

La Centrale Operativa 116117 sede del Numero Europeo Armonizzato (NEA) per le cure mediche non urgenti offre un servizio telefonico gratuito alla popolazione per tutte le prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale.

Standard organizzativi

1 Centrale Operativa NEA 116117 (CO 116117) ogni 1-2 milioni di abitanti o comunque a valenza regionale.

Servizio aperto e gratuito e attivo 24h 7 giorni su 7

Requisiti tecnologici e strutturali

Servizio telefonico gratuito alla popolazione attivo 24 ore su 24 e 7 giorni su 7 per le cure mediche non urgenti (prestazioni sanitarie e sociosanitarie a bassa intensità assistenziale).

Raccordo con strumenti nazionali e/o territoriali finalizzati alla presa in carico di persone con fragilità.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di* requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- Accordo Stato-Regioni sancito il 24 novembre 2016 (Rep. Atti n. 221/CSR) recante *Linee di indirizzo sui criteri e le modalità di attivazione del numero europeo armonizzato a valenza sociale 116117.*

Unità di Continuità Assistenziale

L'Unità di Continuità Assistenziale nel limite previsto ai sensi dell'articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234 è un'équipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

Standard organizzativi

1 Unità di Continuità Assistenziale ogni 100.000 abitanti

Standard di personale: 1 medico e 1 infermiere, può essere integrata con altre figure professionali sanitarie nell'ambito delle professionalità disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale.

Sede operativa: Casa della Comunità Hub

Requisiti tecnologici e strutturali

Strumenti di telemedicina (es. televisita e teleassistenza) e la collaborazione con MMG e PLS delle AFT/UCCP.

Può usufruire del Supporto a distanza (teleconsulto) di specialisti del territorio ed ospedalieri.

Dotata di un sistema integrato comprendente una moderna infrastruttura di telemedicina collegata alle COT ed accessibile via internet al fine di garantire anche in teleconsulto l'interoperabilità della rete di consulenti collegati.

Dotata di strumentazione avanzata di primo livello e di una gamma completa di dispositivi medici portatili (anche diagnostici) in grado di acquisire informazioni e parametri necessari al monitoraggio delle condizioni cliniche del paziente.

Assistenza Domiciliare

Le Cure domiciliari sono un servizio a valenza distrettuale finalizzato all'erogazione al domicilio di interventi caratterizzati da un livello di intensità e complessità assistenziale variabile nell'ambito di specifici percorsi di cura e di un piano personalizzato di assistenza

Standard organizzativi

10% della popolazione over 65 da prendere in carico progressivamente.

Indicatore di Monitoraggio della presa in carico in Assistenza Domiciliare - % di pazienti over65 in assistenza domiciliare (considerando tutti gli assistiti di età pari o superiore a 65 anni "presi in carico" per tutte le classi di CIA).

Continuità assistenziale 7 giorni su 7 e 24 ore su 24, nelle modalità indicate dalla normativa nazionale e regionale vigente, ivi compresi i servizi di telemedicina nelle modalità e forme previste.

Requisiti tecnologici e strutturali

Alimentazione del Sistema Informativo Assistenza Domiciliare – SIAD

Interfaccia e raccordo con la Centrale Operativa Territoriale attraverso piattaforme digitali, che facilitino l'inserimento dei dati dell'assistito nel Fascicolo Sanitario Elettronico.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Intesa Stato Regioni 4 agosto 2021 Atto rep. 151/2021 sul documento recante "*Proposta di requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi per l'autorizzazione all'esercizio e requisiti ulteriori per l'accreditamento delle cure domiciliari, in attuazione dell'articolo 1, comma 406, della legge 30 dicembre 2020, n. 178*".
- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di* requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.

Ospedale di Comunità

L'Ospedale di Comunità (OdC) è una struttura sanitaria di ricovero che afferisce alla rete di offerta dell'Assistenza Territoriale e svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri o di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni sociosanitari, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia e più prossimi al domicilio.

Standard organizzativi

1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti

Standard di personale per 1 Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto: 7-9 infermieri (di cui 1 Coordinatore infermieristico), 4-6 Operatori Sociosanitari, 1-2 unità di altro personale sanitario con funzioni riabilitative e un Medico per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7

Operativa 7 giorni su 7

Assistenza infermieristica è garantita nelle 24 ore 7 giorni su 7

L'assistenza medica è assicurata dai medici incaricati, nel turno diurno (8-20) deve essere garantita per 4,5 ore al giorno 6 giorni su 7 mentre nel turno notturno (20-8) e diurno festivo e prefestivo in forma di pronta disponibilità, anche organizzata per più strutture dello stesso territorio, con tempi di intervento conformi a quanto previsto dalle norme vigenti in materia. L'assistenza notturna è garantita anche da Medici della Continuità Assistenziale, in rapporto a specifici accordi locali, oppure da medici operanti nella struttura.

Standard tecnologici e strutturali

Sistemi di raccolta delle informazioni sanitarie attraverso la cartella clinico - assistenziale integrata, inserita in un processo di informatizzazione integrato con il FSE.

Sistemi di monitoraggio dei pazienti, in loco o in collegamento funzionale, anche attraverso servizi di telemedicina.

Disponibilità di locali idonei attrezzati, destinati alle principali attività motorie e riabilitative.

Flusso informativo per rilevare le prestazioni erogate dagli OdC.

Presenza di: locali ad uso amministrativo, cucina e locali accessori, lavanderia e stireria, servizio mortuario. Tali servizi possono essere in comune e/o condivisi con altre strutture e/o unità di offerta.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda all'Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2020 (Rep. Atti n. 17/CSR) recante *Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi dell'Ospedale di Comunità.*

.

Rete delle cure palliative

La rete delle cure palliative è costituita da servizi e strutture in grado di garantire la presa in carico globale dell'assistito e del suo nucleo familiare, in ambito ospedaliero, con l'attività di consulenza nelle U.O.), ambulatoriale, domiciliare e in hospice. Le cure palliative sono rivolte a malati di qualunque età e non sono prerogativa della fase terminale della malattia. Possono infatti affiancarsi alle cure attive fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, controllare i sintomi durante le diverse traiettorie della malattia, prevenendo o attenuando gli effetti del declino funzionale.

Standard strutturali

1 di Cure Palliative Domiciliari (UCP – DOM) ogni 100.000 abitanti e 1 Hospice, 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

Standard di personale: nell'ambito delle risorse umane disponibili a legislazione vigente anche attraverso interventi di riorganizzazione aziendale, l'erogazione dell'assistenza è assicurata: nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera da un équipe di cure palliative; nell'ambito ambulatoriale da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative; a domicilio del paziente - attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari(CPD) - da un'équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative - UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7; all'interno delle strutture residenziali e degli Hospice di 8/10 posti letto ogni 100.000 abitanti

Requisiti tecnologici e strutturali

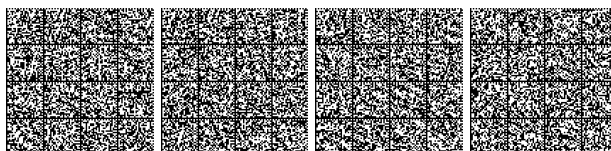
Definisce un sistema di erogazione di CP, per l'attuazione dei percorsi di presa in carico e di continuità delle cure e dell'assistenza favorendo l'integrazione dei servizi sanitari e sociali

Adotta sistemi di valutazione, miglioramento della qualità e controllo dei percorsi di cura erogati.

Raccoglie e trasmette i dati al sistema informativo.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- ❖ Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.*
- ❖ Intesa Stato Regioni del 25 luglio 2012 (Rep. Atti 151/CSR) recante *Definizione dei requisiti minimi e delle modalità organizzative necessarie per l'accreditamento delle strutture di assistenza ai malati in fase terminale e delle unità di cura palliative e della terapia del dolore.*

- Accordo Stato-Regioni del 27 luglio 2020, (Rep. Atti n. 118/CSR), recante *Accreditamento delle reti di cure palliative, ai sensi della Legge 15 marzo 2010 n. 38.*
- Accordo Stato-Regioni del 25 marzo 2021 (Rep. Atti n. 30/CSR) recante *Accreditamento della rete di terapia del dolore e cure palliative pediatriche, ai sensi della legge 15 marzo 2010, n. 38.*

Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie

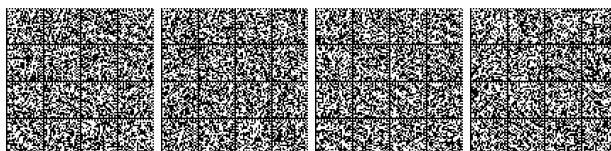
Il Consultorio Familiare e l’attività rivolta ai minori, ove presenti, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita e sono deputati alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (comprese quelle in gravidanza), minori, famiglie all’interno del contesto comunitario di riferimento

Standard strutturali

1 consultorio familiare (CF) ogni 20.000 abitanti con la possibilità di 1 ogni 10.000 nelle aree interne e rurali. L’attività consultoriale può svolgersi all’interno delle Case della Comunità, privilegiando soluzioni logistiche che tutelino la riservatezza.

Requisiti tecnologici e strutturali

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda al seguente documento tecnico di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante *Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.*

Prevenzione in ambito sanitario, ambientale climatico

Il Dipartimento di Prevenzione (DP), come previsto dagli articoli 7, 7-bis, 7-ter e 7-quater del decreto legislativo 502/1992 e s.m., ha il compito di promuovere azioni volte a individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana e animale, mediante iniziative coordinate con i distretti e con i dipartimenti dell'azienda sanitaria locale e delle aziende ospedaliere, prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Standard organizzativi

Standard massimo di popolazione per Dipartimenti di Prevenzione 1: 500.000 abitanti

Presenza di risorse multidisciplinari per lo svolgimento delle funzioni del Dipartimento di Prevenzione nell'ambito delle disponibilità previste dalla legislazione vigente.

Per la sorveglianza delle malattie infettive in uno scenario di pre-allerta epidemica, potrà essere prevista la strutturazione di 1 team multisettoriale per fronteggiare le emergenze pandemiche, con uno standard di riferimento di professionisti sanitari da definire in base alle condizioni epidemiologiche e all'evoluzione delle fasi pandemiche, come previsto dal Piano Pandemico Nazionale, nell'ambito delle risorse di cui all'articolo 1, comma 261 della legge n. 234/2021

Funzioni

Il Dipartimento di prevenzione assicura le seguenti funzioni: a) Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie, inclusi i programmi vaccinali; b) Tutela della salute e della sicurezza degli ambienti aperti e confinati; c) Sorveglianza, prevenzione e tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro; d) Salute animale e igiene urbana veterinaria; e) Sicurezza alimentare – Tutela della salute dei consumatori; f) Sorveglianza e prevenzione delle malattie croniche, inclusi la promozione di stili di vita sani ed i programmi organizzati di screening, sorveglianza e prevenzione nutrizionale; g) Attività medico legali per finalità pubbliche.

Il Dipartimento di prevenzione opera in stretto raccordo con gli enti e le agenzie che sovraintendono alla materia di volta in volta trattata; nel caso delle crisi/emergenze/crisi diventa punto di riferimento tecnico-operativo tra le autorità nazionali, regionali e locali.

Il Dipartimento assicura:

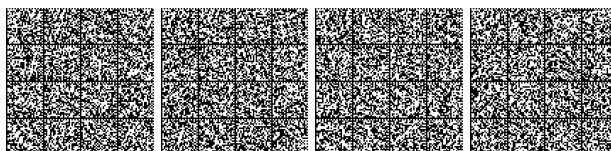
- supporto tecnico-scientifico alle autorità sanitarie locali e regionali, è chiamato a garantire attività trasversali quali la preparazione e risposta rapida alle crisi/emergenze di natura infettiva, ambientale, ecc;
- supporto alle attività di pianificazione, programmazione, organizzazione e monitoraggio volte a promuovere la salute e prevenirne e contenerne i rischi nei diversi ambiti di vita dei singoli e delle comunità;

- supporto, nell'ambito delle predette risorse disponibili, al raggiungimento dell'obiettivo "salute" nelle azioni di controllo sulle matrici ambientali attraverso interventi di analisi e di monitoraggio in stretto raccordo con le Agenzie del Sistema Nazionale per la Protezione dell'Ambiente con l'obiettivo di identificare e valutare i rischi per la popolazione e per gli ecosistemi;
- raccordo con gli altri Enti preposti, anche contribuendo per quanto di competenza, sul versante tecnico, al costituendo SINP - Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei luoghi di Lavoro;
- raccordo con il Distretto per la programmazione, attuazione, validazione e coordinamento di azioni finalizzate all'individuazione di condizioni di rischio individuali e al conseguente indirizzo a interventi mirati alla promozione della salute e/o alla presa in carico della persona.

Requisiti tecnologici e strutturali

Sistemi di sorveglianza di popolazione

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- Decreto del Presidente della Repubblica del 14 gennaio 1997 recante Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
- Accordo Stato-Regioni del 25 luglio 2002 (Rep. Atti n. 1493/2002) recante "*Linee di guida per la prevenzione sanitaria e lo svolgimento delle attività del Dipartimento di prevenzione delle Aziende sanitarie locali*".
- Intesa Stato-Regioni sancita il 6 agosto 2020 (Rep. Atti n. 127/2020) recante *Piano nazionale della prevenzione (PNP) 2020 – 2025.*

Telemedicina e Sistemi di qualità

La telemedicina è una modalità di erogazione di servizi e prestazioni assistenziali sanitarie sociosanitarie a rilevanza sanitaria a distanza, abilitata dalle tecnologie dell'informazione e della comunicazione, e utilizzata da un professionista sanitario per fornire prestazioni sanitarie agli assistiti (telemedicina professionista sanitario – assistito) o servizi di consulenza e supporto ad altri professionisti sanitari (telemedicina professionista sanitario – professionista sanitario).

Standard

In coerenza con l'obiettivo di aumentare l'accessibilità e ridurre le diseguaglianze nell'accesso alle cure e garantire un approccio quanto più omogeneo possibile sul territorio, e in considerazione delle potenzialità delle moderne tecnologie ICT, i sistemi che erogano prestazioni di telemedicina, che operino a qualsiasi livello aziendale, regionale, interregionale e/o nazionale, devono:

- interoperare con i diversi sistemi nazionali (ANA, NSIS, TS, PAGOPA, SPID, etc.) e regionali (FSE, CUP, etc.) a supporto dell'assistenza sanitaria, garantendo il rispetto degli standard di interoperabilità nei dati;
- supportare la convergenza di processi e strutture organizzative, seppur con la necessaria flessibilità in base alle esigenze specifiche, anche superando la frammentazione tecnologica;
- supportare l'attivazione di servizi di telemedicina per i singoli pazienti, in base alle indicazioni del Progetto di salute;
- uniformare le interfacce e le architetture per la fruizione delle prestazioni di telemedicina, sia per l'utente che per il professionista, in un'ottica di semplificazione, fruibilità e riduzione del rischio clinico, assicurando anche l'integrazione con i sistemi di profilazione regionali/nazionali (es. SPID);
- mettere a disposizione servizi strutturati in modo uniforme e con elevati livelli di sicurezza, sull'intero territorio, sviluppati con approccio modulare e che garantiscono il rispetto delle vigenti indicazioni nazionali.

I sistemi informativi del Distretto devono essere in grado di:

a) produrre i documenti nativi digitali necessari ad alimentare il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) di ciascun assistito, anche grazie al potenziamento del FSE previsto nel PNRR;

b) integrarsi ed interoperare con la piattaforma del Sistema TS del Ministero dell'economia e delle finanze, per garantire la corretta generazione della ricetta dematerializzata (a carico del SSN e non a carico del SSN), nonché dei Piani Terapeutici Elettronici;

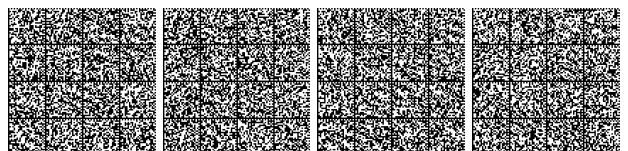
c) produrre i dati necessari al monitoraggio a livello nazionale dell'assistenza territoriale, al fine di assicurare la produzione nativa dei dati relativi ai flussi informativi nazionali già attivi (SDO, FAR, SIAD, EMUR, ecc.)

d) interoperare con il repository centrale del FSE, una volta realizzato, al fine di utilizzare servizi applicativi di interesse per la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione degli assistiti del Distretto;

e) interoperare con le piattaforme di telemedicina adottate a livello regionale/nazionale.

Le strutture territoriali ed intermedie adottano standard di qualità e documentano in merito alla gestione del rischio clinico; ai protocolli, istruzioni operative e azioni di miglioramento continuo; alla documentazione sanitaria e consegna referti, comunicazione, informazione e partecipazione dell'assistito e dei *caregiver*; alla formazione continua e interprofessionale del personale.

Per quanto non esplicitato nel presente documento si rimanda ai seguenti documenti tecnici di riferimento:

- ❖ Intesa Stato-Regioni sancita il 20 febbraio 2014 (Rep. Atti n. 16/CSR) recante *Telemedicina, linee d'indirizzo nazionali*.
- ❖ Accordo Stato-Regioni sancito il 17 dicembre 2020 (Rep. Atti n. 215/CSR) Recante *Indicazioni nazionali per l'erogazione di prestazioni in telemedicina.*

Allegato 3 - Glossario

Glossario acronimi

ADI – Assistenza Domiciliare integrata

AFT – Aggregazione Funzionale Territoriale

ANA – Anagrafe Nazionale Assistiti

ASL – Azienda Sanitaria Locale

ATS – Ambiti Territoriali Sociali

CdC – Casa della Comunità

CIA – Coefficiente di Intensità Assistenziale

CO 1 1 6 1 1 7 – Centrale operativa Numero Europeo Armonizzato

COT – Centrale Operativa Territoriale

CF – Consultorio Familiare

CP – Cure palliative

DP – Dipartimento di Prevenzione

DPCM – Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri

EMUR - Sistema informativo per il monitoraggio dell'assistenza in Emergenza-Urgenza

FAR – Sistema informativo assistenza residenziale e semi-residenziale

FSE – Fascicolo sanitario elettronico

GEA – Gornate effettive di assistenza

GDC – Giornate di cura

IFoC – Infermiere di Famiglia o Comunità

LEA – Livelli Essenziali di Assistenza

LEPS – Livelli essenziali delle prestazioni sociali

MMG – Medico di Medicina Generale

NEA – Numero Europeo Armonizzato

NSIS – Nuovo Sistema Informativo Sanitario

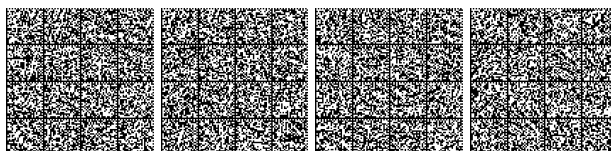
OdC – Ospedale di Comunità

PAI – Progetto di assistenza individuale integrata

PDTA – percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale

PLS – Pediatra di Libera Scelta

PNC – Piano Nazionale Cronicità

PNRR – Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza

PNP 2020-2025 – Piano Nazionale Prevenzione 2020/2025

PRI – Piano Riabilitativo Individuale

PUA – Punto Unico di Accesso

RLCP – Rete Locale di Cure Palliative

SAI - Specialisti Ambulatoriali Interni

SDGs – Obiettivi di sviluppo sostenibili

SDK -Software Developer Toolkit

SDO – Scheda di Dimissione Ospedalera

SIAD – Sistema Informativo Assistenza Domiciliare

SINP – Sistema Informativo Nazionale per la Prevenzione nei Luoghi di Lavoro

SNPS – Sistema Nazionale di Prevenzione Salute, Ambiente e Clima

SPID – Sistema Pubblico di Identità Digitale

SSN – Servizio Sanitario Nazionale

TERP – Tecnico della riabilitazione psichiatrica

TNPEE – Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva

TS – sistema Tessera Sanitaria

UCA – Unità di Continuità Assistenziale

UCCP – Unità Complessa di Cure Primarie

UCP – Unità di Cure Palliative

UCP – DOM – Unità di Cure Palliative Domiciliari

UVM – Unità di Valutazione Multidimensionale

N O T E

AVVERTENZA:

— Il testo delle note qui pubblicato è stato redatto dall'amministrazione competente per materia, ai sensi dell'art. 10, comma 3 del testo unico delle disposizioni sulla promulgazione delle leggi, sull'emanazione dei decreti del Presidente della Repubblica e sulle pubblicazioni ufficiali della Repubblica italiana, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 1985, n. 1092, al solo fine di facilitare la lettura delle disposizioni di legge alle quali è operato il rinvio. Restano invariati il valore e l'efficacia degli atti legislativi qui trascritti.

Note alle premesse:

— Si riporta il testo del comma 169 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato-legge finanziaria 2005)

«169. Al fine di garantire che l'obiettivo del raggiungimento dell'equilibrio economico finanziario da parte delle regioni sia conseguito nel rispetto della garanzia della tutela della salute, ferma restando la disciplina dettata dall'art. 54 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, per le prestazioni già definite dal decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, pubblicato nel supplemento ordinario alla *Gazzetta Ufficiale* n. 33 dell'8 febbraio 2002, e successive modificazioni, anche al fine di garantire che le modalità di erogazione delle stesse siano uniformi sul territorio nazionale, coerentemente con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale, con regolamento adottato ai sensi dell'art. 17, comma 3, della legge 23 agosto 1988, n. 400, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, dal Ministro della salute, che si avvale della commissione di cui all'art. 4-*bis*, comma 10, del decreto-legge 15 aprile 2002, n. 63, convertito, con modificazioni, dalla legge 15 giugno 2002, n. 112, sono fissati gli standard qualitativi, strutturali, tecnologici, di processo e possibilmente di esito, e quantitativi di cui ai livelli essenziali di assistenza, sentita la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano. Con la medesima procedura sono individuati le tipologie di assistenza e i servizi, relativi alle aree di offerta individuate dal vigente Piano sanitario nazionale. In fase di prima applicazione gli standard sono fissati entro il 30 giugno 2005.»

— Si riporta il testo del comma 3 dell'art. 17 della legge 23 agosto 1988, n. 400 (Disciplina dell'attività di Governo e ordinamento della Presidenza del Consiglio dei ministri)

«3. Con decreto ministeriale possono essere adottati regolamenti nelle materie di competenza del Ministro o di autorità sottordinate al Ministro, quando la legge espressamente conferisca tale potere. Tali regolamenti, per materie di competenza di più ministri, possono essere adottati con decreti interministeriali, ferma restando la necessità di apposita autorizzazione da parte della legge. I regolamenti ministeriali ed interministeriali non possono dettare norme contrarie a quelle dei regolamenti emanati dal Governo. Essi debbono essere comunicati al Presidente del Consiglio dei ministri prima della loro emanazione.»

— Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502), pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017.

— Il decreto del 2 aprile 2015, n. 70 del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze (Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera), è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 4 giugno 2015, n. 127.

— Il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 (Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza (LEA) di cui all'art. 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502»), è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 65 del 18 marzo 2017.

— Il decreto del 12 marzo 2019 del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze (Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria), è pubblicato nella *gazzetta ufficiale* 14 giugno 2019, n. 138.

— Il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze 6 agosto 2021 (Assegnazione delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del piano Nazionale di Riprese e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione), è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 24 settembre 2021, n. 229.

— Si riporta il testo del comma 274 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024):

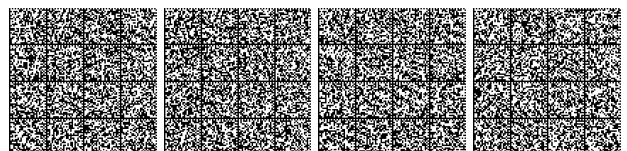
«274. Al fine di assicurare l'implementazione degli standard organizzativi, quantitativi, qualitativi e tecnologici ulteriori rispetto a quelli previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) per il potenziamento dell'assistenza territoriale, con riferimento ai maggiori oneri per la spesa di personale dipendente, da reclutare anche in deroga ai vincoli in materia di spesa di personale previsti dalla legislazione vigente limitatamente alla spesa eccedente i predetti vincoli, e per quello convenzionato, è autorizzata la spesa massima di 90,9 milioni di euro per l'anno 2022, 150,1 milioni di euro per l'anno 2023, 328,3 milioni di euro per l'anno 2024, 591,5 milioni di euro per l'anno 2025 e 1.015,3 milioni di euro a decorrere dall'anno 2026 a valere sul finanziamento del Servizio sanitario nazionale. La predetta autorizzazione decorre dalla data di entrata in vigore del regolamento per la definizione di standard organizzativi, quantitativi, qualitativi, tecnologici e omogenei per l'assistenza territoriale, da adottare con decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, entro il 30 aprile 2022. Con successivo decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, le somme di cui al primo periodo sono ripartite fra le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, in base ai criteri definiti con il medesimo decreto anche tenendo conto degli obiettivi previsti dal PNRR.»

— Si riporta il testo del comma 163 dell'art. 1 della legge 30 dicembre 2021, n. 234 (Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024), pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 310 del 31 dicembre 2021:

«163. Il Servizio sanitario nazionale e gli ATS garantiscono, mediante le risorse umane e strumentali di rispettiva competenza, alle persone in condizioni di non autosufficienza l'accesso ai servizi sociali e ai servizi sociosanitari attraverso punti unici di accesso (PUA), che hanno la sede operativa presso le articolazioni del servizio sanitario denominate «Case della comunità». Presso i PUA operano équipe integrate composte da personale adeguatamente formato e numericamente sufficiente appartenente al Servizio sanitario nazionale e agli ATS. Tali équipe integrate, nel rispetto di quanto previsto dal citato decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 12 gennaio 2017 per la valutazione del complesso dei bisogni di natura clinica, funzionale e sociale delle persone, assicurano la funzionalità delle unità di valutazione multidimensionale (UVM) della capacità bio-psico-sociale dell'individuo, anche al fine di delineare il carico assistenziale per consentire la permanenza della persona in condizioni di non autosufficienza nel proprio contesto di vita in condizioni di dignità, sicurezza e comfort, riducendo il rischio di isolamento sociale e il ricorso ad ospedalizzazioni non strettamente necessarie. Sulla base della valutazione dell'UVM, con il coinvolgimento della persona in condizioni di non autosufficienza e della sua famiglia o dell'amministratore di sostegno, l'équipe integrata procede alla definizione del progetto di assistenza individuale integrata (PAI), contenente l'indicazione degli interventi modulati secondo l'intensità del bisogno. Il PAI individua altresì le responsabilità, i compiti e le modalità di svolgimento dell'attività degli operatori sanitari, sociali e assistenziali che intervengono nella presa in carico della persona, nonché l'apporto della famiglia e degli altri soggetti che collaborano alla sua realizzazione. La programmazione degli interventi e la presa in carico si avvalgono del raccordo informativo, anche telematico, con l'INPS.»

— Il decreto del Ministro della salute 20 gennaio 2022 (Ripartizione delle risorse alle Regioni e alle Province Autonome di Trento e di Bolzano per i progetti del Piano nazionale di Ripresa e resilienza e del Piano per gli Investimenti Complementari) è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* 9 marzo 2022, n. 57.

— Si riporta il testo del comma 3 dell'art. 3 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281 (Definizione ed ampliamento delle attribuzioni della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano ed unificazione, per le materie ed i compiti di interesse comune delle regioni, delle province e dei comuni, con la Conferenza Stato-città ed autonomie locali):

«3. Quando un'intesa espressamente prevista dalla legge non è raggiunta entro trenta giorni dalla prima seduta della Conferenza Stato-regioni in cui l'oggetto è posto all'ordine del giorno, il Consiglio dei Ministri provvede con deliberazione motivata.»

Note all'art. 2:

— Si riporta il testo dell'articolo 2, comma 68, lettera *c)*, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 (Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato - legge finanziaria 2010):

«68. Al fine di consentire in via anticipata l'erogazione del finanziamento del Servizio sanitario nazionale a cui concorre ordinariamente lo Stato, per gli anni 2010, 2011 e 2012:

Omissis

c) la quota di finanziamento condizionata alla verifica positiva degli adempimenti regionali è fissata nelle misure del 3 per cento e del 2 per cento delle somme di cui alla lettera *b)* rispettivamente per le regioni che accedono all'erogazione nella misura del 97 per cento e per quelle che accedono all'erogazione nella misura del 98 per cento ovvero in misura superiore. All'erogazione di detta quota si provvede a seguito dell'esito positivo della verifica degli adempimenti previsti dalla normativa vigente e dalla presente legge;»

— Si riporta il testo dell'art. 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135 (Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, recante disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini):

«24. Si applicano, a decorrere dall'esercizio 2013, le disposizioni di cui all'art. 2, comma 68, della legge 23 dicembre 2009, n. 191.»

22G00085

DECRETI, DELIBERE E ORDINANZE MINISTERIALI

MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

DECRETO 8 giugno 2022.

Accertamento della prima rata del PNRR.

IL DIRETTORE GENERALE DEL TESORO

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 2003, n. 398, e successive modifiche, con il quale è stato approvato il «Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di debito pubblico» (di seguito «Testo unico»), ed in particolare l'art. 3, ove si prevede che il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato, in ogni anno finanziario, ad emanare decreti cornice che consentano, fra l'altro, al Tesoro di effettuare operazioni di indebitamento sul mercato interno o estero nelle forme di prodotti e strumenti finanziari a breve, medio e lungo termine, indicandone l'ammontare nominale, il tasso di interesse o i criteri per la sua determinazione, la durata, l'importo minimo sottoscrivibile, il sistema di collocamento ed ogni altra caratteristica e modalità;

Visto il decreto ministeriale n. 25952 del 30 dicembre 2021, emanato in attuazione dell'art. 3 del Testo unico (di seguito «decreto cornice»), ove si definiscono per l'anno finanziario 2022 gli obiettivi, i limiti e le modalità cui il Dipartimento del Tesoro dovrà attenersi nell'effettuare le operazioni finanziarie di cui al medesimo articolo prevedendo che le operazioni stesse vengano disposte dal direttore generale del Tesoro o, per sua delega, dal direttore della Direzione seconda del Dipartimento medesimo e che, in caso di assenza o impedimento di quest'ultimo, le operazioni predette possano essere disposte dal medesimo direttore generale del Tesoro, anche in presenza di delega continuativa;

Vista la decisione del Consiglio europeo del 21 luglio 2020 concernente il programma «*Next Generation* EU» (di seguito «NGEU»);

Vista la decisione (UE, Euratom) 2020/2053 del Consiglio del 14 dicembre 2020 relativa al sistema delle risorse proprie dell'Unione europea e che abroga la decisione 2014/335/UE, Euratom;

Visto il regolamento (UE) 2020/2094 del Consiglio del 14 dicembre 2020 che istituisce uno strumento dell'Unione europea per la ripresa, a sostegno alla ripresa dell'economia dopo la crisi COVID-19, attuativo del piano strategico NGEU, tramite il quale è conferito alla Commissione europea il potere di contrarre, per conto dell'Unione, prestiti sui mercati dei capitali fino a 750 miliardi di euro, allo scopo di fronteggiare l'impatto economico e sociale della pandemia di COVID-19, finanziando le iniziative di ripresa e favorendo al contempo la transizione dell'economia dell'Unione europea verso un'economia verde e digitale;

Visto il regolamento (UE, Euratom) 2020/2093 del Consiglio del 17 dicembre 2020 che stabilisce il quadro finanziario pluriennale per il periodo 2021-2027 (QFP);

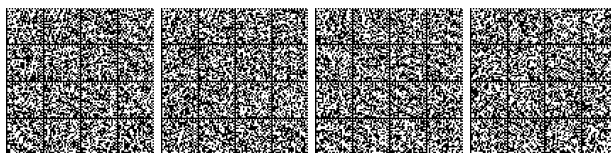
Visto il regolamento (UE) 2021/241 del Parlamento europeo e del Consiglio del 12 febbraio 2021, (di seguito il «regolamento RRF»), che istituisce il dispositivo per la ripresa e la resilienza allo scopo di fronteggiare l'impatto economico e sociale della pandemia di COVID-19 ed in particolare l'art. 23 con il quale si richiede agli Stati membri di presentare un piano di investimenti e riforme (Piano nazionale di ripresa e resilienza, di seguito «PNRR»);

Visto il PNRR trasmesso dal Governo italiano alla Commissione europea, in data 30 aprile 2021, ai sensi dell'art. 18, paragrafo 1, del regolamento RRF;

Vista la proposta di decisione di esecuzione del Consiglio relativa all'approvazione della valutazione del piano per la ripresa e la resilienza dell'Italia del 22 giugno 2021;

Vista la decisione di esecuzione del Consiglio del 13 luglio 2021, che recepisce la suddetta proposta di decisione di esecuzione ed il relativo allegato;

Vista la decisione di esecuzione (UE) 2021/1095 della Commissione del 2 luglio 2021 che istituisce la metodologia di ripartizione dei costi collegati alle operazioni di assunzione di prestiti e di gestione del debito di NGEU (*Cost Allocation Methodology*) ed in particolare gli articoli 7, 8 e 9;

Visto il decreto-legge 6 maggio 2021, n. 59, convertito in legge, con modificazioni, dall'art. 1, comma 1 della legge 1° luglio 2021, n. 101, recante «Misure urgenti relative al Fondo complementare al Piano nazionale di ripresa e resilienza e altre misure urgenti per gli investimenti»;

Visto il decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito con la legge 29 luglio 2021, n. 108, recante la «*Governance* del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure»;

Visto il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, recante la «Riforma dell'organizzazione del Governo, a norma dell'art. 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59» ed in particolare l'art. 5, comma 3, ove si prevede che il capo del Dipartimento svolge compiti di coordinamento, direzione e controllo degli uffici di livello dirigenziale generale compresi nel Dipartimento stesso, al fine di assicurare la continuità delle funzioni dell'amministrazione ed è responsabile dei risultati complessivamente raggiunti dagli uffici da esso dipendenti, in attuazione degli indirizzi del Ministro;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, e successive modifiche, recante «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche», ed in particolare l'art. 4 con il quale, mentre si attribuisce agli organi di Governo l'esercizio delle funzioni di indirizzo politico-amministrativo e la verifica della rispondenza dei risultati dell'attività amministrativa e di gestione agli indirizzi impartiti, si riserva ai dirigenti l'adozione degli atti e dei provvedimenti amministrativi, compresi quelli che impegnano l'amministrazione verso l'esterno, nonché la gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa;

Visto il regolamento di organizzazione del Ministero dell'economia e delle finanze, emanato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri in data 26 giugno 2019, n. 103, ed in particolare l'art. 5, comma 2, ove si definiscono le funzioni svolte dalla Direzione seconda del Dipartimento del Tesoro;

Visto il decreto ministeriale 30 settembre 2021, di «individuazione e attribuzione degli uffici di livello dirigenziale non generale dei Dipartimenti del Ministero dell'economia e delle finanze» con il quale, in riferimento alla Direzione seconda del Dipartimento del Tesoro, sono state disposte modifiche alle competenze di alcuni uffici rispetto al precedente provvedimento ministeriale di organizzazione;

Vista la legge 30 dicembre 2021, n. 234, recante il «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024», ed in particolare l'art. 3, comma 2, con cui è stato stabilito il limite massimo di emissione dei prestiti pubblici per l'anno stesso;

Considerato che l'importo delle emissioni disposte a tutto il 30 maggio 2022 ammonta, al netto dei rimborsi di prestiti pubblici già effettuati, a 36.382 di euro;

Vista la determinazione n. 73155 del 6 settembre 2018, con la quale il direttore generale del Tesoro ha delegato il direttore della Direzione seconda del Dipartimento del Tesoro a firmare i decreti e gli atti relativi alle operazioni suddette;

Visto l'accordo del 26 luglio 2021, denominato «*Loan Agreement*» ed i relativi allegati dal I al VI, sottoscritto dall'Unione europea in data 5 agosto 2021, per la concessione a favore della Repubblica italiana di un prestito per l'importo di euro 122.601.810.400, che verrà erogato in una o più *tranche* con scadenza trentennale, per ciascuna delle quali è previsto un periodo iniziale di preammortamento della durata di dieci anni;

Vista la *Legal opinion* rilasciata dal Servizio affari legali del Dipartimento del Tesoro in data 27 luglio 2021;

Visto il decreto del 14 dicembre 2021, n. 97437, di accertamento del sopracitato *Loan Agreement* e del prefinanziamento;

Considerato che i termini finanziari del *Loan Agreement* sono definiti nelle rispettive *Confirmation notice* relative ad ogni *Loan Instalment*;

Vista la *Confirmation notice* del 20 aprile 2022 relativa all'erogazione della prima rata per il PNRR, pari a euro 11.000.000.000, nell'ambito del *Loan Agreement* sopracitato riferito al programma NGEU, per un importo massimo di euro 122.601.810.400;

Ritenuto opportuno prendere atto dell'erogazione della prima rata del prestito, tra la Repubblica italiana e la Commissione europea, per un importo di euro 11.000.000.000, nell'ambito del sopracitato *Loan Agreement* riferito al programma NGEU;

Decreta:

Art. 1.

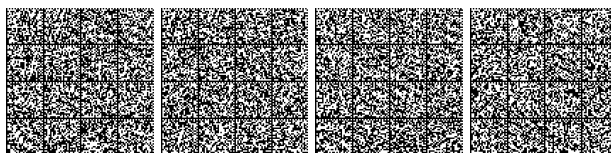
Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 del Testo unico, nonché del decreto cornice, si procede alla presa d'atto dell'erogazione della prima rata del prestito tra la Repubblica italiana e la Commissione europea, pari a euro 11.000.000.000, nell'ambito del *Loan Agreement* sopracitato riferito al programma NGEU, per un importo di euro 122.601.810.400.

Per ogni rata è previsto un periodo iniziale di preammortamento di dieci anni. Nei primi dieci anni non è previsto il pagamento di quota capitale, che verrà rimborsata gradualmente fino a scadenza in quote capitali costanti dal decimo al trentesimo anno.

Secondo quanto stabilito dall'art. 11 del *Loan Agreement*, il periodo di interesse e le date di pagamento, per ogni rata o *tranche* di prestito, sono stabiliti nella *Confirmation notice* relativa alla medesima rata o *tranche* di prestito e sono comunicati alla Repubblica italiana. La Commissione europea comunica alla Repubblica italiana l'ammontare dei costi del finanziamento, del servizio di gestione della liquidità, del servizio per le spese generali amministrative entro venti giorni lavorativi antecedenti la data di pagamento, fatturati ai sensi degli articoli 7, 8 e 9 della decisione di esecuzione (UE) 2021/1095 della Commissione europea del 2 luglio 2021.

Art. 2.

In conformità al sopracitato *Loan Agreement*, le condizioni di erogazione della prima rata del prestito, pari a euro 11.000.000.000, come previsto nella sezione 2(2) (2.1) dell'allegato alla decisione di esecuzione del Con-

siglio del 13 luglio 2021, relativa all'approvazione della valutazione del Piano per la ripresa e resilienza per l'Italia, sono di seguito descritte:

importo del capitale	euro 11.000.000.000
importo netto dell'esborso	euro 11.000.000.000
data di erogazione	13 aprile 2022
importo di compensazione del prefinanziamento, di cui all'art. 3, paragrafo 3, della decisione di esecuzione del Consiglio del 6 luglio 2021, approvata il 13 luglio 2021	euro 1.643.678.161
scadenza media	20 anni
data di scadenza	13 aprile 2052 a cui si aggiungono 25 giorni lavorativi
date di pagamento degli interessi	13 aprile di ogni anno iniziando dal 13 aprile 2023 a cui si aggiungono 25 giorni lavorativi
prima data di pagamento degli interessi	19 maggio 2023
date di pagamento di interessi e capitale	13 aprile di ogni anno iniziando dal 13 di aprile 2023 a cui si aggiungono 25 giorni lavorativi rimborsi del capitale a decorrere dal 20 maggio 2033
periodo di interesse	12 mesi a decorrere dalla data dell'esborso o dal precedente periodo di interesse

In conformità all'art. 6 (2), lettera *b)* e all'art. 11 del *Loan Agreement*, l'ammontare dei costi del finanziamento, del servizio di gestione della liquidità, del servizio per le spese generali amministrative saranno basati sulla metodologia di ripartizione dei costi collegati alle operazioni di assunzione di prestiti e di gestione del debito di NGEU (*Cost Allocation Methodology*), come descritta nella decisione di esecuzione (UE) 2021/1095 della Commissione europea del 2 luglio 2021 di cui ai visti iniziali.

Art. 3.

Il controvalore complessivo del prestito è stato versato presso il conto di Tesoreria acceso presso la Banca d'Italia - Tesoreria centrale dello Stato: 23211 «Ministero del Tesoro - Fondo di rotazione per l'attuazione delle Politiche comunitarie - Finanziamenti CEE» IBAN IT07E0100003245350200023211 SWIFT/BIC: BITAITRRENT e verrà versato dal Ministero dell'economia e delle finanze al capo X, capitolo 5064, dello stato di previsione dell'entrata del bilancio statale.

La sezione di Tesoreria rilascerà per detto versamento apposita quietanza d'entrata al bilancio dello Stato, con imputazione al predetto capitolo 5064.

Art. 4.

Gli oneri di parte corrente del prestito relativi agli esercizi finanziari dal 2023 al 2052, faranno carico agli appositi capitoli 2226 denominato «Spesa per interessi e oneri finanziari sui prestiti di cui alla *Recovery and Resiliency Facility*» e al capitolo 2246 denominato «Spese derivanti dall'erogazione dei prestiti di cui alla *Recovery and Resiliency Facility*» dello stato di previsione della spesa del Ministero dell'economia e delle finanze ed a quelli corrispondenti per gli anni successivi.

Gli oneri per il rimborso del capitale del prestito relativi agli esercizi finanziari dal 2033 al 2052 faranno carico al capitolo 9508 denominato «Rimborso del capitale dei prestiti di cui alla *Recovery and Resiliency Facility*» che verrà istituito nello stato di previsione della spesa del Ministero dell'economia e delle finanze negli anni corrispondenti a quelli previsti per il rimborso.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 8 giugno 2022

p. Il direttore generale del Tesoro: IACOVONI

22A03626

DECRETO 15 giugno 2022.

Operazione di acquisto titoli a valere sul Fondo ammortamento dei titoli di Stato effettuata mediante asta competitiva.

IL DIRETTORE GENERALE
DEL TESORO

Visti gli articoli 44, 45, 46 e 47 del decreto del Presidente della Repubblica 30 dicembre 2003, n. 398, «Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di debito pubblico» (di seguito testo unico), modificato dall'art. 1, comma 387, lettera *d)* e lettera *e)* della legge 23 dicembre 2014, n. 190 (Legge di stabilità 2015), nei quali sono previste le norme sostanziali riguardanti: l'istituzione e l'amministrazione del Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato; i conferimenti al Fondo; i criteri e le modalità per l'acquisto dei titoli di Stato; l'estinzione dei titoli detenuti dal Fondo;

Visti, altresì, gli articoli 48, 49, 50, 51 e 52 del citato testo unico, recanti le norme procedurali relative al Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato riguardanti: gli utilizzi del Fondo; gli adempimenti a carico della Banca d'Italia e degli intermediari incaricati; il contenuto dell'incarico alla Banca d'Italia e agli intermediari; le modalità d'asta; gli adempimenti successivi allo svolgimento dell'asta;

Visto in particolare, l'art. 46, in forza del quale i conferimenti al Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato sono impiegati nell'acquisto dei titoli di Stato o nel rimborso dei titoli che vengono a scadere dal 1° gennaio 1995;

Visto l'art. 3 del citato testo unico nel quale si prevede che il Ministro dell'economia e delle finanze che il Ministro dell'economia e delle finanze è autorizzato, in ogni anno finanziario, ad emanare decreti cornice che consentano, fra l'altro, di procedere, ai fini della ristrutturazione del debito pubblico interno ed esterno, al rimborso anticipato dei titoli;

Visto il decreto ministeriale n. 25952 del 30 dicembre 2021, emanato in attuazione dell'art. 3 del «Testo unico» (di seguito «decreto cornice»), ove si definiscono per l'anno finanziario 2022 gli obiettivi, i limiti e le modalità cui il Dipartimento del Tesoro dovrà attenersi nell'effettuare le operazioni finanziarie di cui al medesimo articolo prevedendo che le operazioni stesse vengano disposte dal direttore generale del Tesoro o, per sua delega, dal Direttore della Direzione Seconda del Dipartimento medesimo e che, in caso di assenza o impedimento di quest'ultimo, le operazioni predette possano essere disposte dal medesimo direttore generale del Tesoro, anche in presenza di delega continuativa;

Visto il titolo I, capo I, sezione III del citato testo unico concernente la disciplina della gestione accentrata dei titoli di Stato;

Visto il decreto ministeriale n. 143 del 17 aprile 2000, con cui è stato adottato il regolamento concernente la disciplina della gestione accentrata dei titoli di Stato;

Visto il decreto 23 agosto 2000, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 204 del 1° settembre 2000, con cui è stato affidato alla Monte Titoli S.p.a. (oggi *Euronext Securities Milan*) il servizio di gestione accentrata dei titoli di Stato;

Visto il decreto ministeriale n. 43044 del 5 maggio 2004, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 111 del 13 maggio 2004, recante disposizioni in caso di ritardo nel regolamento delle operazioni di emissione, concambio e riacquisto di titoli di Stato;

Visto il decreto ministeriale n. 216 del 22 dicembre 2009 ed in particolare l'art. 23, relativo agli operatori «Specialisti in titoli di Stato italiani»;

Visto il decreto dirigenziale n. 993039 dell'11 novembre 2011 (decreto dirigenziale specialisti), modificato dal decreto dirigenziale n. 99025 del 20 dicembre 2021 e concernente la selezione e valutazione degli specialisti in titoli di Stato;

Vista la Convenzione stipulata tra il Ministero dell'economia e delle finanze e la Cassa depositi e prestiti S.p.a. (CDP S.p.a.) in data 30 dicembre 2014, con la quale sono definite le modalità per la gestione del Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato, ed il successivo decreto del Dipartimento del Tesoro DT n. 3513 del 19 gennaio 2015 con il quale è stata approvata e resa esecutiva la Convenzione stessa;

Vista la nuova convenzione stipulata tra il Ministero dell'economia e delle finanze e la CDP S.p.a. in data 20 dicembre 2019 che stabilisce le condizioni e le modalità per la gestione del suddetto Fondo ammortamento, ed in particolare l'art. 6, che prevede le modalità per effettuare le operazioni di cui all'art. 46 del testo unico;

Visto il decreto del Dipartimento del Tesoro n. 3897 del 20 gennaio 2020 con il quale è approvata e resa esecutiva la convenzione sopra specificata tra il Ministero dell'economia e delle finanze e la CDP S.p.a.;

Considerata l'opportunità di procedere alle operazioni di acquisto di titoli di Stato in circolazione, al fine di ridurre la consistenza del debito pubblico;

Decreta:

Art. 1.

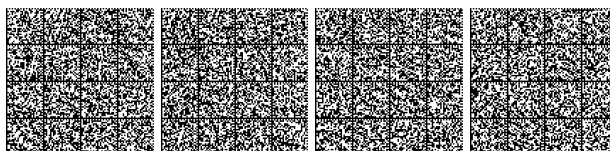
Ai sensi dell'art. 51 del testo unico, citato nelle premesse, è disposta l'operazione di acquisto mediante asta competitiva, disciplinata nel successivo art. 6, per un ammontare massimo di 3.000 milioni di euro, dei seguenti prestiti:

Categoria titolo	Codice ISIN	Data emissione	Data scadenza	Cedola
BTP	IT0005386245	01/10/2019	01/02/2025	0,35%
BTP	IT0005090318	02/03/2015	01/06/2025	1,50%
BTP	IT0005408502	28/04/2020	01/07/2025	1,85%

Le suddette operazioni di acquisto, previste all'art. 48, comma 2, lettera *b)* del menzionato testo unico, vengono effettuate con le modalità indicate nei successivi articoli.

Art. 2.

L'esecuzione delle operazioni relative all'acquisto dei suddetti titoli è affidata alla Banca d'Italia e ha luogo secondo le modalità previste dalla Convenzione tra la Banca d'Italia e gli operatori ammessi a partecipare alle operazioni di collocamento, acquisto e concambio di titoli di Stato.

Sono ammessi a partecipare all'asta competitiva gli operatori specialisti in titoli di Stato, di cui all'art. 23 del decreto ministeriale n. 216 del 22 dicembre 2009, citato nelle premesse che intervengono per conto proprio e della clientela.

Art. 3.

Le offerte di cessione degli operatori, fino a un massimo di cinque per ciascuno dei titoli in cessione di cui all'art. 1, devono contenere l'indicazione del capitale nominale dei titoli che essi intendono cedere e il relativo prezzo richiesto.

I prezzi indicati dagli operatori devono variare di un importo minimo di un millesimo. Eventuali variazioni di importo diverso vengono arrotondate per difetto.

Ciascuna offerta non deve essere inferiore ad un milione di euro di capitale nominale; eventuali offerte di importo inferiore non verranno prese in considerazione. Eventuali offerte di importo non multiplo di un milione sono arrotondate per difetto.

Art. 4.

Le offerte di ogni singolo operatore devono pervenire entro le ore 11 del giorno 16 giugno 2022, esclusivamente mediante trasmissione telematica indirizzata alla Banca d'Italia tramite Rete nazionale interbancaria, con le modalità tecniche stabilite dalla Banca d'Italia medesima per l'acquisto dei titoli di Stato.

Le offerte non pervenute entro il suddetto termine non verranno prese in considerazione.

In caso di interruzione duratura nel collegamento della predetta Rete, si applicano le specifiche procedure di *recovery* previste nella Convenzione stipulata tra la Banca d'Italia e gli operatori richiamata all'art. 2, primo comma, del presente decreto.

Le offerte risultate accolte sono vincolanti ed irrevocabili e danno conseguentemente luogo all'esecuzione delle operazioni di cessione.

Art. 5.

Successivamente alla scadenza del termine di presentazione delle offerte di cui al precedente articolo, le operazioni d'asta sono eseguite con procedura automatica nei locali della Banca d'Italia, in presenza di un funzionario della Banca medesima, il quale, ai fini dell'aggiudicazione, provvede all'elencazione delle offerte pervenute, con l'indicazione dei relativi importi, in ordine crescente di prezzo richiesto.

Le operazioni di cui al primo comma hanno luogo, anche tramite sistemi di comunicazione telematica, con l'intervento di un funzionario del Ministero dell'economia e delle finanze in qualità di ufficiale rogante, il quale redige apposito verbale da cui risultano i prezzi di acquisto e le relative quantità.

In caso di eventi straordinari la Banca d'Italia ed il Ministero dell'economia e delle finanze, in deroga a quanto previsto dal comma precedente, ciascuno per le rispettive competenze, possono scegliere di svolgere le operazioni d'asta, relative al titolo oggetto della presente emissione, da remoto mediante l'ausilio di strumenti informatici, sulla base di modalità concordate dalle due istituzioni.

L'esito delle operazioni di acquisto viene reso noto mediante comunicato stampa.

Art. 6.

L'acquisto dei titoli viene effettuato seguendo l'ordine crescente dei prezzi richiesti da ciascun operatore.

Ai sensi dell'art. 51, comma 3, del citato testo unico, il Ministero dell'economia e delle finanze si riserva la facoltà di escludere le offerte di cessione formulate a prezzi ritenuti non convenienti. Tale esclusione si esercita sulla base dell'elaborato fornito dalla procedura automatica d'asta contenente le sole indicazioni di prezzi e quantità.

Il Ministero dell'economia e delle finanze si riserva, altresì, la facoltà di non acquistare per intero l'importo offerto dagli operatori al prezzo accolto più elevato; in tal caso, si procede al riparto pro-quota dell'importo medesimo con i necessari arrotondamenti.

Art. 7.

Il regolamento dei titoli acquistati sarà effettuato il 20 giugno 2022, con le disponibilità del Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato.

A tal fine, il 20 giugno 2022, la Banca d'Italia, verso debito del Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato, provvederà a riconoscere agli operatori, con valuta stesso giorno, gli importi relativi ai titoli acquistati, ai prezzi richiesti dagli operatori e con corresponsione di dietimi d'interesse per:

139 giorni per il BTP 01/02/2025, cedola 0,35%;

19 giorni per il BTP 01/06/2025, cedola 1,50%;

170 giorni per il BTP 01/07/2025, cedola 1,85%.

A tal fine la Banca d'Italia provvederà ad inserire, in via automatica, le relative partite nel servizio di compensazione e liquidazione con valuta pari al giorno di regolamento.

L'operatore partecipante all'asta, al fine di regolare l'operazione, può avvalersi di un altro intermediario il cui nominativo dovrà essere comunicato alla Banca d'Italia, secondo la normativa e attenendosi alle modalità dalla stessa stabilite.

In caso di ritardo nella consegna dei titoli di cui al presente decreto da parte dell'operatore, troveranno applicazione le disposizioni del decreto ministeriale n. 43044 del 5 maggio 2004 citato nelle premesse.

La Banca d'Italia provvederà a comunicare la somma complessivamente prelevata dal Fondo per l'ammortamento dei titoli di Stato, corrispondente all'ammontare totale dei costi dell'operazione di acquisto.

Art. 8.

Alla Banca d'Italia è affidata l'esecuzione delle operazioni di comunicazione alla Monte Titoli S.p.a. (oggi *Euronext Securities Milan*) per l'estinzione dei titoli acquistati dal Tesoro, mediante apposita scritturazione nei conti accentrati nonché ogni altro adempimento occorrente per l'operazione di acquisto in questione. Dette operazioni vengono effettuate per conto del Ministero dell'economia e delle finanze.

Art. 9.

Entro un mese dalla data di regolamento delle operazioni di acquisto la Monte Titoli S.p.a. (oggi *Euronext Securities Milan*) comunicherà al Ministero dell'economia e delle finanze l'avvenuta estinzione dei titoli mediante scritturazione nei conti accentrati e comunicherà altresì l'ammontare residuo dei prestiti oggetto delle operazioni medesime.

Art. 10.

Tutti gli atti comunque riguardanti l'acquisto dei titoli di cui al presente decreto, compresi i conti e la corrispondenza della Banca d'Italia incaricata delle operazioni relative all'acquisto dei titoli stessi, sono esenti dalle tasse di registro e di bollo sulle concessioni governative e postali.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 15 giugno 2022

p. *Il direttore generale del Tesoro*
IACOVONI

22A03647

MINISTERO DELLA TRANSIZIONE ECOLOGICA

DECRETO 10 giugno 2022.

Designazione di una Zona speciale di conservazione (ZSC) della regione biogeografica mediterranea ricadente nel territorio della Regione Siciliana.

IL MINISTRO DELLA TRANSIZIONE ECOLOGICA

Visti gli articoli 9 e 41 della Costituzione;

Vista la legge 8 luglio 1986, n. 349, che ha istituito il Ministero dell'ambiente e ne ha definito le funzioni;

Vista la legge 23 agosto 1988, n. 400;

Vista la legge 6 dicembre 1991, n. 394;

Visto il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300;

Vista la legge 17 luglio 2006, n. 233;

Visto il decreto-legge 1° marzo 2021, n. 22, convertito, con modificazioni, dalla legge 22 aprile 2021, n. 55;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 luglio 2021, n. 128, recante la nuova organizzazione del Ministero della transizione ecologica, come modificato con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 23 dicembre 2021, n. 243;

Vista la direttiva 92/43/CEE del Consiglio del 21 maggio 1992, relativa alla conservazione degli *habitat* naturali e seminaturali e della flora e della fauna selvatiche;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 8 settembre 1997, n. 357, e successive modificazioni, recante l'attuazione della direttiva 92/43/CEE relativa alla conservazione degli *habitat* naturali e seminaturali, nonché della flora e della fauna selvatiche;

Visto il decreto del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio del 3 settembre 2002, recante «Linee guida per la gestione dei siti Natura 2000», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 224 del 24 settembre 2002;

Visto il decreto del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare del 17 ottobre 2007, recante «Rete Natura 2000. Criteri minimi uniformi per la definizione di misure di conservazione relative a Zone speciali di conservazione (ZSC) e a Zone di protezione speciale (ZPS)», pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n. 258 del 6 novembre 2007, e successive modificazioni;

Vista la decisione di esecuzione della Commissione europea del 16 febbraio 2022, che adotta il quindicesimo aggiornamento dell'elenco dei siti di importanza comunitaria per la regione biogeografica mediterranea (UE) 2022/234;

Visto l'aggiornamento dei contenuti della Banca dati Natura 2000, trasmesso dal Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare, Direzione generale per il patrimonio naturalistico, con lettera prot. 142886 del 20 dicembre 2021 alla Rappresentanza permanente d'Italia presso l'Unione europea, per il successivo inoltro alla Commissione europea, Direzione generale ambiente;

Vista la comunicazione della Commissione europea del 3 maggio 2011 «La nostra assicurazione sulla vita, il nostro capitale naturale: una Strategia europea per la biodiversità verso il 2020»;

Vista la nota della Commissione europea del 14 maggio 2012, relativa alla designazione delle Zone speciali di conservazione, trasmessa dalla Direzione generale ambiente con lettera prot. ENV/PB//SL/MOB/flAres 707955 del 13 giugno 2012;

Vista la nota della Commissione europea del 23 novembre 2012, relativa alla definizione degli obiettivi di conservazione per i siti Natura 2000, trasmessa dalla Direzione generale ambiente con lettera prot. ENV B.3 SL/FK/esAres (2013) 306477 dell'8 marzo 2013;

Vista la Strategia nazionale per la biodiversità, predisposta dal Ministero dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare ai sensi dell'art. 6 della Convenzione sulla diversità biologica adottata a Rio de Janeiro il 5 giugno 1992 e ratificata dall'Italia con la legge 14 febbraio 1994, n. 124, sulla quale la Conferenza Stato-regioni ha sancito l'intesa il 7 ottobre 2010;

Visto il decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali, di concerto con il Ministro dell'ambiente della tutela del territorio e del mare e con il Ministro della salute, del 22 gennaio 2014, di adozione del Piano di azione nazionale per l'uso sostenibile dei prodotti fitosanitari, ai sensi dell'art. 6 del decreto legislativo 14 agosto 2012, n. 150;

Visto il decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali, di concerto con il Ministro dell'ambiente della tutela del territorio e del mare e con il Ministro della salute, del 10 marzo 2015, con il quale, in attuazione del paragrafo A.5.1 del sopra citato Piano di azione nazionale, sono state emanate le «Linee guida di indirizzo per la tutela dell'ambiente acquatico e dell'acqua potabile e per la riduzione dell'uso di prodotti fitosanitari e dei relativi rischi nei Siti Natura 2000 e nelle aree naturali protette»;

Visto il decreto del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio del 24 luglio 2002 con il quale è stata istituita l'area marina protetta Capo Gallo - Isola delle femmine;

Visto il decreto n. 137 dell'8 settembre 2021 della Capitaneria di porto di Palermo, ente gestore *pro tempore* dell'area marina protetta Capo Gallo - Isola delle femmine, con la quale sono stati approvati gli obiettivi e le misure di conservazione del SIC ITA020047 Fondali di Isola delle Femmine - Capo Gallo;

Considerato che i criteri minimi uniformi di cui all'art. 2, comma 4, del citato decreto del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare del 17 ottobre 2007 si applicano a tutte le Zone speciali di conservazione;

Considerato che, ferme restando le misure di conservazione individuate con il sopra citato atto, dette misure possono all'occorrenza essere ulteriormente integrate, entro sei mesi dalla data del presente decreto, con altri piani di sviluppo e specifiche misure regolamentari, amministrative o contrattuali;

Considerata la necessità di assicurare l'allineamento fra le sopra citate misure di conservazione e la Banca dati Natura 2000, mediante una verifica da effettuarsi da parte della Regione Sicilia entro sei mesi dalla data del presente decreto;

Considerato che sulla base del monitoraggio dello stato di conservazione delle specie e degli *habitat* di interesse comunitario potranno essere definite integrazioni o modifiche alle misure di conservazione, secondo la procedura di cui all'art. 2, comma 1, del citato decreto del Ministro dell'ambiente e della tutela del territorio e del mare del 17 ottobre 2007;

Ritenuto di provvedere, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del decreto del Presidente della Repubblica n. 357 del 1997, alla designazione quale «Zona speciale di conservazione» il sito di importanza comunitaria ITA020047 Fondali di Isola delle Femmine - Capo Gallo della regione biogeografica mediterranea insistente nel territorio della Regione Siciliana;

Acquisita l'intesa della Regione Siciliana con deliberazione della Giunta regionale del 17 maggio 2022 n. 255;

Decreta:

Art. 1.

Designazione delle ZSC

1. È designato quale Zona speciale di conservazione (ZSC) della regione biogeografica mediterranea il sito, di tipo B, ITA020047 Fondali di Isola delle Femmine - Capo Gallo, con un'estensione pari a 2155 ettari, insistente nel territorio della Regione Siciliana, già proposto alla Commissione europea quale Sito di importanza comunitaria (SIC) ai sensi dell'art. 4, paragrafo 1, della direttiva 92/43/CEE.

2. La cartografia e i tipi di *habitat* naturali e delle specie di fauna e flora selvatica per i quali la ZSC di cui al comma 1 è designata sono quelli comunicati alla Commissione europea, secondo il formulario *standard* dalla stessa predisposto, con nota prot. n. 142886 del 20 dicembre 2021. Tale documentazione è pubblicata, a seguito dell'emanazione del presente decreto, nel sito internet del Ministero della transizione ecologica (www.mite.gov.it) nell'apposita sezione relativa alle ZSC designate. Le eventuali modifiche sono apportate nel rispetto delle procedure europee e sono riportate in detta sezione.

Art. 2.

Obiettivi e misure di conservazione

1. Gli obiettivi e le misure di conservazione generali e sito-specifiche, conformi alle esigenze ecologiche dei tipi di *habitat* naturali di cui all'allegato A e delle specie di cui all'allegato B del decreto del Presidente della Repubblica 8 settembre 1997, n. 357 presenti nel sito, nonché le misure necessarie per evitare il degrado degli *habitat* naturali e degli *habitat* di specie e la perturbazione delle specie per cui la zona è designata, nella misura in cui tale perturbazione potrebbe avere conseguenze significative per quanto riguarda gli obiettivi di cui al decreto del Presidente della Repubblica 8 settembre 1997, n. 357, relativi alla ZSC di cui al precedente articolo, sono quelli approvati con decreto n. 137 dell'8 settembre 2021 della Capitaneria di porto di Palermo, ente gestore *pro tempore* dell'area marina protetta Capo Gallo - Isola delle femmine e già operativi.

2. Lo stralcio degli atti di cui al comma 1 relativo agli obiettivi e alle misure di conservazione, ed eventuali successive modifiche ed integrazioni, è pubblicato, a seguito dell'approvazione del presente decreto, nel sito internet del Ministero della transizione ecologica nell'apposita sezione relativa alle ZSC designate.

3. Gli obiettivi e le misure di conservazione di cui al comma 1 per la porzione di ZSC ricadente all'interno dell'area naturale protetta di rilievo nazionale, integrano le misure di salvaguardia e le previsioni normative definite dagli strumenti di regolamentazione e pianificazione esistenti e, se più restrittive, prevalgono sugli stessi.

4. Le misure di conservazione di cui al comma 1 possono essere integrate e coordinate, entro sei mesi dalla data del presente decreto, prevedendo l'integrazione con altri piani di sviluppo e specifiche misure regolamentari, amministrative o contrattuali. Entro il medesimo termine la regione provvede ad assicurare l'allineamento tra le misure di conservazione e la banca dati Natura 2000 in accordo con l'ente gestore dell'area marina protetta.

5. Le integrazioni di cui al comma 4, così come le eventuali modifiche alle misure di conservazione che si rendessero necessarie sulla base di evidenze scientifiche, anche a seguito delle risultanze delle azioni di monitoraggio, sono approvate dall'ente gestore dell'area marina protetta. Gli aggiornamenti sono comunicati entro i trenta giorni successivi alla regione e al Ministero della transizione ecologica.

6. Alla ZSC di cui al presente decreto si applicano altresì le disposizioni di cui all'art. 5 del decreto del Presidente della Repubblica 8 settembre 1997, n. 357.

Art. 3.

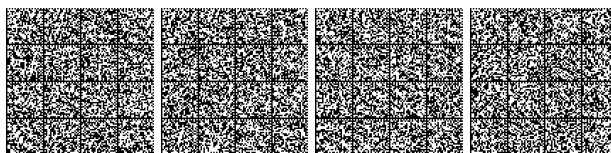
Soggetto gestore

1. La gestione della ZSC, ricadendo interamente all'interno della area marina protetta di rilievo nazionale, rimane affidata all'ente gestore di quest'ultima.

Il presente decreto è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 10 giugno 2022

Il Ministro: CINGOLANI

22A03636

MINISTERO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DECRETO 19 maggio 2022.

Adeguamento del contributo individuale dovuto dagli iscritti al Fondo di previdenza del clero e dei ministri di culto delle confessioni religiose diverse dalla cattolica, relativo all'anno 2021.

IL MINISTRO DEL LAVORO E DELLE POLITICHE SOCIALI

DI CONCERTO CON

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE

Vista la legge 22 dicembre 1973, n. 903;

Visto l'art. 20 della citata legge n. 903 del 1973, che estende alle pensioni del Fondo di previdenza del clero e dei ministri di culto delle confessioni religiose diverse dalla cattolica il sistema di perequazione automatica delle pensioni a carico dell'assicurazione generale obbligatoria per l'invalidità, la vecchiaia ed i superstiti;

Visto, in particolare, il quarto comma del citato articolo, secondo il quale il contributo a carico degli iscritti è aumentato mediante decreto del Ministro del lavoro e delle politiche sociali, di concerto con il Ministro dell' economia e delle finanze, con la stessa decorrenza dell'aumento delle pensioni di cui al primo comma, in misura pari all'incremento percentuale che ha dato luogo alle variazioni degli importi delle pensioni medesime;

Tenuto conto che, dalla rilevazione elaborata dall'Istituto nazionale della previdenza sociale, comunicata con pec del 2 marzo 2022, la percentuale di aumento medio delle pensioni erogate dal predetto Fondo è, per l'anno 2021, pari a +0,0%;

Visto l'art. 1, comma 2, lettera *a)*, della legge 13 novembre 2009, n. 172;

Decreta:

Il contributo a carico degli iscritti al Fondo di previdenza del clero e dei ministri di culto delle confessioni religiose diverse dalla cattolica, è invariato, a decorrere dal 1° gennaio 2021, ed è pari a euro 1.769,04 annui.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 19 maggio 2022

Il Ministro del lavoro e delle politiche sociali
ORLANDO

Il Ministro dell'economia e delle finanze
FRANCO

22A03648

MINISTERO DELLE POLITICHE AGRICOLE ALIMENTARI E FORESTALI

DECRETO 12 maggio 2022.

Modifica del decreto ministeriale 29 agosto 2017, concernente: «Strategia nazionale in materia di riconoscimento e controllo delle organizzazioni di produttori ortofrutticoli e loro associazioni, di fondi di esercizio e di programmi operativi, per il periodo 2018-2022».

IL MINISTRO DELLE POLITICHE AGRICOLE ALIMENTARI E FORESTALI

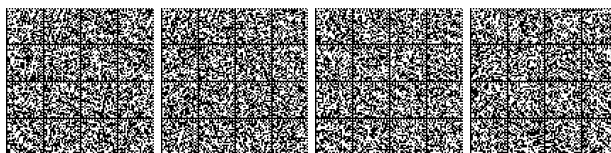
Visto il regolamento (UE) n. 1308/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 dicembre 2013, come modificato dal regolamento (UE) 2017/2393 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 13 dicembre 2017, recante organizzazione comune dei mercati dei prodotti agricoli, che abroga i regolamenti (CEE) n. 922/72, (CEE) n. 234/79, (CE) n. 1037/2001 e (CE) n. 1234/2007 del Consiglio;

Visto il regolamento delegato (UE) 2017/891 della Commissione, del 13 marzo 2017, che integra il regolamento (UE) n. 1308/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda i settori degli ortofrutticoli e degli ortofrutticoli trasformati, integra il regolamento (UE) n. 1306/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio per quanto riguarda le sanzioni da applicare in tali settori e modifica il regolamento di esecuzione (UE) n. 543/2011 della Commissione;

Visto il regolamento delegato (UE) 2021/652 della Commissione, del 10 febbraio 2021, che modifica il regolamento delegato (UE) 2017/891, per quanto riguarda le attività e i programmi operativi delle organizzazioni di produttori nel settore degli ortofrutticoli, ed in particolare il punto 3 dell'art. 1, che stabilisce che «Gli Stati membri possono decidere di prorogare la loro Strategia nazionale fino al 31 dicembre 2025»;

Visto il regolamento (UE) 2021/2115 del Parlamento europeo e del Consiglio del 2 dicembre 2021, recante norme sul sostegno ai piani strategici che gli Stati membri devono redigere nell'ambito della politica agricola comune (piani strategici della PAC) e finanziati dal Fondo europeo agricolo di garanzia (FEAGA) e dal Fondo europeo agricolo per lo sviluppo rurale (FEASR) e che abroga i regolamenti (UE) n. 1305/2013 e (UE) n. 1307/2013;

Visto il regolamento delegato (UE) 2022/126 della Commissione del 7 dicembre 2021, che integra il regolamento (UE) 2021/2115 del Parlamento europeo e del Consiglio con requisiti aggiuntivi per taluni tipi di intervento specificati dagli Stati membri nei rispettivi piani strategici della PAC per il periodo dal 2023 al 2027 a norma di tale regolamento, nonché per le norme relative alla percentuale per la norma 1 in materia di buone condizioni agronomiche e ambientali (BCAA);

Visto il decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali 29 agosto 2017, n. 4969, con il quale è stata adottata la Strategia nazionale in materia di riconoscimento e controllo delle organizzazioni di produttori ortofrutticoli e loro associazioni, di fondi di esercizio e di

programmi operativi, modificata da ultimo con il decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali 23 luglio 2021, n. 339387, per il periodo 1° gennaio 2018 - 31 dicembre 2022;

Visto l'atto di intesa n. 111/CSR dell'8 luglio 2021 della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, che sancisce l'intesa sullo schema di decreto relativo alle disposizioni nazionali in materia di riconoscimento e controllo delle organizzazioni di produttori ortofrutticoli e loro associazioni, di fondi di esercizio e programmi operativi e «prende atto dell'impegno del MIPAAF per un successivo approfondimento con la Commissione europea circa le effettive implicazioni della proroga della vigente Strategia al 2025»;

Vista la nota 350461 del 20 agosto 2021 con la quale il Ministero conferma che «l'attuale Strategia nazionale, eventualmente prorogata fino al 31 dicembre 2025, dopo il 1° gennaio 2023 si applicherà esclusivamente ai programmi operativi approvati prima dell'entrata in vigore dei nuovi regolamenti e oggetto della richiesta di cui all'art. 6 (3b), lettera *c)* del regolamento di modifica del regolamento (UE) n. 1308/2013»;

Vista la nota Ares (2021)6477348 del 21 ottobre 2021, con la quale la Commissione ribadisce che le organizzazioni di produttori possono decidere di continuare fino alla scadenza naturale i programmi operativi approvati prima dell'entrata in vigore dei nuovi regolamenti sulla riforma della PAC e che lo Stato membro non può impedire tale decisone;

Considerato che l'allegato tecnico al decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali 29 agosto 2017, n. 4969, al capitolo 1, stabilisce che la Strategia nazionale si «applica ai programmi operativi delle organizzazioni di produttori ortofrutticoli e delle loro associazioni, a decorrere dal 1° gennaio 2018 fino al 31 dicembre 2022, salvo proroghe da definire sulla base dell'evoluzione della normativa comunitaria»;

Considerato che i programmi operativi approvati prima dell'entrata in vigore dei nuovi regolamenti sulla riforma della PAC scadono il 31 dicembre 2025;

Tenuto conto della nota Ares (2022)900036 dell'8 febbraio 2022, con la quale la Commissione fornisce delle note esplicative in merito al regolamento delegato (UE) 2022/126 della Commissione del 7 dicembre 2021, che completa il regolamento (UE) 2021/2115 del Parlamento europeo e del Consiglio, relativo a taluni tipi di interventi;

Ritenuto, pertanto, necessario prorogare fino alla data del 31 dicembre 2025 la validità della Strategia nazionale adottata con il decreto del Ministro delle politiche agricole alimentari e forestali 29 agosto 2017, n. 4969;

Acquisita l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, sancita nella seduta del 28 aprile 2022;

Decreta:

Art. 1.

Modifica dell'allegato al decreto ministeriale 29 agosto 2017, n. 4969

1. Alla sezione I, il testo del capitolo 1 «Durata della strategia nazionale», è sostituito dal seguente:

«La presente strategia si applica ai programmi operativi delle organizzazioni di produttori ortofrutticoli e delle loro associazioni fino al 31 dicembre 2025.

Essa si applica ai programmi operativi approvati in conformità al regolamento (UE) n. 1308/2013 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 17 dicembre 2013».

Art. 2.

Clausola di invarianza finanziaria

1. Dall'attuazione delle disposizioni contenute nel presente decreto non devono derivare nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica.

2. Le amministrazioni competenti provvedono con le risorse umane, finanziarie e strumentali disponibili a legislazione vigente.

Il presente decreto è inviato all'organo di controllo per gli adempimenti di competenza ed è pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 12 maggio 2022

Il Ministro: PATUANELLI

Registrato alla Corte dei conti il 31 maggio 2022
Ufficio di controllo sugli atti del Ministero dello sviluppo economico, del Ministero delle politiche agricole, alimentari e forestali e del turismo, reg. n. 727

22A03635

PROVVEDIMENTO 13 giugno 2022.

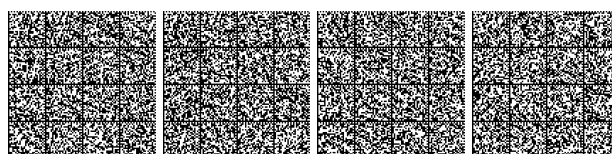
Modifica minore del disciplinare di produzione della IGP «Mortadella Bologna».

IL DIRIGENTE DELLA PQAI IV
DELLA DIREZIONE GENERALE PER LA PROMOZIONE DELLA QUALITÀ AGROALIMENTARE E DELL'IPPICA

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modifiche ed integrazioni, recante «Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle pubbliche amministrazioni» ed in particolare l'art. 4, comma 2, e gli articoli 14, 16 e 17;

Visto il regolamento (UE) n. 1151/2012 del Parlamento europeo e del Consiglio del 21 novembre 2012 sui regimi di qualità dei prodotti agricoli e alimentari;

Considerato che è stato pubblicato il documento unico modificato, a seguito dell'approvazione di una modifica minore ai sensi dell'art. 53, paragrafo 2, secondo com-

ma, del regolamento (UE) n. 1151/2012, nella Gazzetta ufficiale dell'Unione europea - serie C 225 del 9 giugno 2022;

Ritenuto che sussista l'esigenza di pubblicare nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana il relativo disciplinare di produzione affinché le disposizioni contenute nel predetto documento siano accessibili per informazione *erga omnes* sul territorio nazionale;

Provvede

alla pubblicazione dell'allegato disciplinare di produzione della IGP «Mortadella Bologna», nella stesura risultante, a seguito della pubblicazione del documento unico modificato, nella Gazzetta ufficiale dell'Unione europea - serie C 225 del 9 giugno 2022.

I produttori che intendono utilizzare la IGP «Mortadella Bologna» sono tenuti al rispetto dell'allegato disciplinare di produzione e di tutte le condizioni previste dalla normativa vigente in materia.

Roma, 13 giugno 2022

Il dirigente: CAFIERO

ALLEGATO

DISCIPLINARE DI PRODUZIONE DELL'INDICAZIONE GEOGRAFICA PROTETTA «MORTADELLA BOLOGNA»

Art. 1.

Denominazione

L'indicazione geografica protetta «Mortadella Bologna» è riservata al prodotto di salumeria che risponde alle condizioni e ai requisiti stabiliti nel presente disciplinare di produzione.

Art. 2.

Zona di produzione

La zona di elaborazione della «Mortadella Bologna» comprende il territorio delle seguenti regioni o province: Emilia-Romagna, Piemonte, Lombardia, Veneto, Provincia di Trento, Toscana, Marche e Lazio.

Art. 3.

Materie prime

La «Mortadella Bologna» è costituita da una miscela di carni di suino ottenute da muscolatura striata appartenente alla carcassa, ridotta a grana fine con il tritacarne, lardelli di grasso suino di gola cubettato, sale, pepe (intero, in pezzi o in polvere), insaccata in involucri naturali o sintetici permeabili al vapore acqueo e sottoposta a un prolungato trattamento di cottura in forni ad aria secca.

Tale processo deve permettere al prodotto finito di perdere almeno il 3% del peso del prodotto insaccato prima della cottura.

Possono inoltre essere impiegati: trippini suini demucosati, grasso suino duro, acqua secondo buona tecnica industriale, aromi naturali nella misura non superiore allo 0,3% sul peso totale dell'impasto, spezie e piante aromatiche, pistacchio, zucchero alla dose massima dello 0,5%, nitrito di sodio e/o potassio alla dose massima di 140 parti, per milione, acido ascorbico e suo sale sodico.

Non sono ammessi aromi di affumicatura, polifosfati, coadiuvanti tecnologici e qualsiasi sostanza che abbia un effetto, anche secondario, sul colore del prodotto.

Non possono essere usate carni separate meccanicamente.

Art. 4.

Metodo di elaborazione

Le componenti carnee, opportunamente condizionate termicamente, vengono sottoposte a sgrossatura ed omogeneizzazione.

La miscela risultante viene immessa nell'impianto di triturazione che ne riduce la granulometria attraverso il passaggio in una serie di coltelli e piastre.

Il tipo e la sequenza degli organi di taglio sono legati alla composizione della miscela, alla temperatura di alimentazione e alle caratteristiche dell'impianto di triturazione. Tuttavia, almeno una delle piastre deve essere caratterizzata da fori di diametro non superiore a 0,9 mm.

La massa raffinata così ottenuta non può essere sottoposta ad altri processi di triturazione.

Per la preparazione dei lardelli il grasso suino di gola è cubettato scaldato e quindi lavato in acqua e sgocciolato. L'impastatura di tutti i componenti deve essere effettuata in macchine sottovuoto o a pressione atmosferica.

Dopo l'impastatura ed il successivo insacco il prodotto viene cotto in stufe ad aria secca. L'entità del trattamento è legata al diametro del prodotto e comunque la temperatura a cuore del prodotto non dovrà essere inferiore a 70°C.

Dopo la cottura il prodotto deve essere rapidamente raffreddato.

La temperatura a cuore deve raggiungere nel minor tempo possibile valori inferiori ai 10°C.

Art. 5.

Caratteristiche

La «Mortadella Bologna» all'atto dell'immissione al consumo presenta le seguenti caratteristiche organolettiche, chimiche e chimico-fisiche:

caratteristiche organolettiche:

aspetto esterno: forma ovale o cilindrica;

consistenza: il prodotto deve essere compatto di consistenza non elastica;

aspetto al taglio: la superficie di taglio deve essere vellutata di colore rosa vivo uniforme. Nella fetta devono essere presenti in quantità non inferiore al 15% della massa totale, quadrettature bianco perlacee di tessuto adiposo, eventualmente unite a frazioni muscolari. Le quadrettature devono essere ben distribuite e aderenti all'impasto. Devono essere assenti sacche di grasso e gelatina ed il velo di grasso deve essere contenuto; colore: rosa vivo uniforme;

odore: profumo tipico aromatico;

sapore: gusto tipico e delicato senza tracce di affumicatura;

caratteristiche chimiche e chimico-fisiche:

proteine totali: min. 14,50%;

rapporto collageno/proteine: max. 0,18;

rapporto acqua/proteine: max. 4,10;

rapporto grasso/proteine: max. 2,00;

pH: min. 6;

sale: max 2,8%.

Art. 6.

Controlli

Fatte salve le competenze attribuite dalla legge al medico veterinario ufficiale (U.S.L.) dello stabilimento - il quale ai sensi del capitolo IV «controllo della produzione» del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 537, accerta e, mediante un'ispezione adeguata, controlla che i prodotti a base di carne rispondano ai criteri di produzione stabiliti dal produttore e, in particolare, che la composizione corrisponda realmente alle

diciture dell'etichetta, essendogli attribuita tale funzione specialmente nel caso in cui sia usata la denominazione commerciale di cui al capitolo V, punto 4 del sopracitato decreto legislativo («la denominazione commerciale seguita dal riferimento alla norma o legislazione nazionale che l'autorizza») - la vigilanza per l'applicazione delle disposizioni del presente disciplinare di produzione è svolta dal Ministero delle risorse agricole alimentari e forestali, il quale può avvalersi, ai fini della vigilanza sulla produzione e sul commercio della «Mortadella Bologna» dell'Associazione industriali delle carni o di un organismo a tal fine costituito dai produttori, conformemente a quanto stabilito dall'art. 37 del regolamento (UE) n. 1151/2012.

Art. 7.

Designazione e presentazione

La designazione della indicazione geografica protetta «Mortadella Bologna» è intraducibile e deve essere apposta sull'etichetta in caratteri chiari e indelebili, nettamente distinguibili da ogni altra scritta ed essere immediatamente seguita dalla menzione «indicazione geografica protetta» e/o dalla sigla «IGP» che deve essere tradotta nella lingua in cui il prodotto viene commercializzato.

È vietata l'aggiunta di qualsiasi qualificazione non espressamente prevista.

È tuttavia consentito l'utilizzo di indicazioni che facciano riferimento a nomi o ragioni sociali o marchi privati purché non abbiano significato laudativo o tali da trarre in inganno l'acquirente.

La «Mortadella Bologna» può essere immessa al consumo sfusa ovvero confezionata sottovuoto o in atmosfera modificata, intera, in tranci o affettata. Le operazioni di confezionamento, affettamento e porzionamento devono avvenire, sotto la vigilanza della struttura di controllo indicata all'art. 6, esclusivamente nella zona di produzione indicata all'art. 2.

La «Mortadella Bologna» è un prodotto molto delicato e sensibile agli agenti esterni, in particolare alla luce ed all'aria. La preparazione della «Mortadella Bologna» all'affettamento prevede necessariamente l'eliminazione del budello e di conseguenza un'esposizione diretta all'aria e alla luce del prodotto intero. L'esposizione del prodotto ad agenti esterni, in condizioni non controllate, provoca l'avvio di fenomeni ossidativi che alterano in modo irreversibile le caratteristiche organolettiche del prodotto, provocando in particolare l'imbrunimento della fetta e l'alterazione dell'odore e del sapore. Per queste ragioni è fondamentale che l'attività di affettamento avvenga nell'area geografica di produzione, dopo il termine della fase di raffreddamento.

Art. 8.

Note storiche e legami con il territorio della Mortadella Bologna

La mortadella di Bologna è il più famoso insaccato della tradizione gastronomica felsinea, le cui origini storiche si perdono nel lontano XVI secolo.

A partire dal tardo periodo rinascimentale sono numerose le tracce di tale prodotto in testimonianze letterarie e storiche delle varie epoche.

In tempi più recenti si è mantenuta la tradizione di una mortadella tipica, che dall'area originaria di produzione si è estesa nei territori limitrofi, seguendo la diffusione dei prodotti alimentari ed i relativi scambi commerciali. Oltre alle richiamate testimonianze storiche, è indubbio che il prodotto in questione sia patrimonio della gastronomia emiliana tradizionale, largamente presente negli usi locali che si sono poi ampliati a zone contigue.

Per quanto concerne il legame con il territorio, si segnala quale determinante fattore umano l'esistenza di maestranze qualificate che hanno trasmesso di generazione in generazione la tradizione affermatasi nei secoli.

22A03634

MINISTERO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

DECRETO 8 giugno 2022.

Aggiornamento degli importi per il risarcimento del danno biologico per lesioni di lieve entità, derivanti da sinistri conseguenti alla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti.

IL MINISTRO DELLO SVILUPPO ECONOMICO

Visto il decreto legislativo 7 settembre 2005, n. 209, recante il Codice delle assicurazioni private;

Visto in particolare, l'art. 139, comma 5, del predetto Codice, novellato dalla legge 4 agosto 2017, n. 124, ai sensi del quale gli importi del risarcimento del danno biologico per lesioni di lieve entità derivanti da sinistri conseguenti alla circolazione dei veicoli a motore e dei natanti, indicati nel comma 1 del medesimo articolo, sono aggiornati annualmente con decreto del Ministro dello sviluppo economico in misura corrispondente alla variazione dell'indice nazionale dei prezzi al consumo delle famiglie di operai ed impiegati, accertata dall'ISTAT;

Visto il decreto del Ministro dello sviluppo economico, in data 22 luglio 2019, adottato ai sensi dell'art. 139, comma 5, del Codice, con il quale gli importi di cui al predetto art. 139, comma 1, sono stati da ultimo aggiornati alla variazione del sopracitato indice ISTAT a decorrere dal mese di aprile 2019;

Considerato che ai fini del corretto aggiornamento del valore fissato, da ultimo, per l'anno 2019, occorre comporre gli indici ISTAT che si sono succeduti nel triennio di riferimento, fino ad aprile 2022;

Visti gli indici ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, relativi ai mesi di aprile 2020 e 2021, pubblicati nella *Gazzetta Ufficiale* - Serie generale n. 136 del 28 maggio 2020 e nella *Gazzetta Ufficiale* - Serie generale n. 127 del 29 maggio 2021;

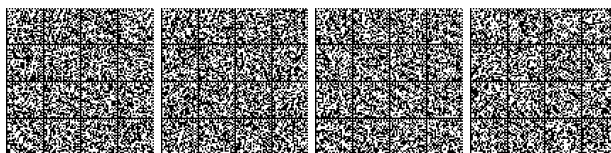
Visto l'indice ISTAT dei prezzi al consumo per le famiglie di operai ed impiegati, relativo al mese di aprile 2022, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana - Serie generale n. 121 del 25 maggio 2022;

Ritenuto di dover adeguare, per l'anno 2022, gli importi di cui al citato decreto del Ministro dello sviluppo economico in data 22 luglio 2019, tenuto conto delle variazioni registrate ad aprile 2020 (-0,1%), ad aprile 2021 (+1,2%) e, da ultimo, della variazione percentuale del 5,8%, pari alla variazione percentuale del predetto indice pubblicata dall'ISTAT, a decorrere dal mese di aprile 2022;

Decreta:

Art. 1.

1. A decorrere dal mese di aprile 2022, gli importi indicati nel comma 1, dell'art. 139 del Codice delle assicurazioni private e rideterminati, da ultimo, con il decreto ministeriale 22 luglio 2019, sono aggiornati nelle seguenti misure:

ottocentosettanta euro e novantasette centesimi, per quanto riguarda l'importo relativo al valore del primo punto di invalidità, di cui alla lettera *a)*;

cinquanta euro e settantanove centesimi, per quanto riguarda l'importo relativo ad ogni giorno di inabilità assoluta, di cui alla lettera *b)*.

2. Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 8 giugno 2022

Il Ministro: GIORGETTI

22A03627

PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI

DIPARTIMENTO DELLA PROTEZIONE CIVILE

ORDINANZA 13 giugno 2022.

Ulteriori disposizioni urgenti di protezione civile in conseguenza degli eccezionali eventi meteorologici verificatisi il giorno 28 novembre 2020 nel territorio del Comune di Bitti, in Provincia di Nuoro. (Ordinanza n. 896).

IL CAPO DEL DIPARTIMENTO
DELLA PROTEZIONE CIVILE

Visti gli articoli 25, 26 e 27 del decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1;

Vista la delibera del Consiglio dei ministri del 2 dicembre 2020 con la quale è stato dichiarato, per dodici mesi dalla data di deliberazione, lo stato di emergenza in conseguenza degli eccezionali eventi meteorologici verificatisi il giorno 28 novembre 2020 nel territorio del Comune di Bitti, in Provincia di Nuoro;

Vista l'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 721 del 4 dicembre 2020 recante: «Interventi urgenti di protezione civile in conseguenza degli eccezionali eventi meteorologici verificatisi il giorno 28 novembre 2020 nel territorio del Comune di Bitti, in Provincia di Nuoro»;

Vista l'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile del 9 dicembre 2020, n. 722 recante: «Ulteriori disposizioni urgenti di protezione civile in conseguenza degli eccezionali eventi meteorologici verificatisi il giorno 28 novembre 2020 nel territorio del Comune di Bitti, in Provincia di Nuoro»;

Vista la delibera del Consiglio dei ministri del 14 aprile 2021, con la quale, ai sensi e per gli effetti dell'art. 24, comma 2, del decreto legislativo 2 gennaio 2018, n. 1, lo stanziamento di risorse di cui alla delibera del Consiglio dei ministri del 2 dicembre 2020, è stato integrato di euro 17.200.000,00, per il completamento delle attività di cui alla lettera *b)* e per l'avvio degli interventi di cui alla lettera *d)* del comma 2 dell'art. 25 del citato decreto legislativo;

Vista l'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile del 15 dicembre 2021, n. 815 recante: «Ulteriori disposizioni urgenti di protezione civile in conseguenza degli eccezionali eventi meteorologici verificatisi il giorno 28 novembre 2020 nel territorio del Comune di Bitti, in Provincia di Nuoro»;

Ravvisata la necessità di garantire la piena operatività del Servizio nazionale della protezione civile e delle strutture coinvolte nella gestione del contesto emergenziale;

Acquisita l'intesa della Regione autonoma della Sardegna;

Di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze;

Dispone:

Art. 1.

Disposizioni finalizzate a garantire la piena operatività del Servizio nazionale della protezione civile e delle strutture coinvolte nella gestione emergenziale.

1. Al personale non dirigenziale delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 direttamente impegnato nelle attività di assistenza e soccorso o nelle attività connesse al contrasto dell'emergenza, nel periodo dal 28 novembre 2020 al 31 dicembre 2020, è riconosciuto il compenso per prestazioni di lavoro straordinario effettivamente rese, oltre i limiti previsti dai rispettivi ordinamenti, entro il limite massimo di cinquanta ore mensili pro-capite.

2. Ai titolari di incarichi dirigenziali e di posizione organizzativa delle pubbliche amministrazioni di cui all'art. 1, comma 2, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 direttamente impegnati nelle attività di assistenza e soccorso o nelle attività connesse al contrasto dell'emergenza, è riconosciuta una indennità mensile pari al 30% della retribuzione mensile di posizione e/o di rischio prevista dai rispettivi ordinamenti, commisurata ai giorni di effettivo impiego, per il periodo dal 28 novembre 2020 al 31 dicembre 2020 anche in deroga alla contrattazione collettiva nazionale di comparto ed agli articoli 24 e 45 del decreto legislativo n. 165 del 2001.

3. Al personale non dirigenziale appartenente alle strutture di cui all'art. 1, comma 2, dell'ordinanza del Capo del Dipartimento della protezione civile n. 721 del 4 dicembre 2020, direttamente impegnato nelle attività connesse all'emergenza, per il periodo dal 9 novembre 2021 fino al 2 dicembre 2022, entro il limite di sei unità individuate dal Commissario delegato di cui al comma 1 dell'art. 1 della medesima ordinanza, è autorizzato il riconoscimento del compenso per prestazioni di lavoro straordinario effettivamente rese, oltre i limiti previsti dai rispettivi ordinamenti, entro il limite massimo di cinquanta ore mensili pro-capite.

4. Agli oneri derivanti dall'attuazione del presente articolo, nel limite di euro 518.093,00, si provvede a valere sulle risorse stanziate per il contrasto dell'emergenza.

La presente ordinanza sarà pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 13 giugno 2022

Il Capo del Dipartimento: CURCIO

22A03646

DECRETI E DELIBERE DI ALTRE AUTORITÀ

COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA E LO SVILUPPO SOSTENIBILE

DELIBERA 14 aprile 2022.

Fondo sviluppo e coesione - Piano sviluppo e coesione del Ministero dello sviluppo economico - Modifica piano finanziario. Intervento su reti ultraveloci. (Delibera n. 9/2022).

IL COMITATO INTERMINISTERIALE PER LA PROGRAMMAZIONE ECONOMICA E LO SVILUPPO SOSTENIBILE

Visto il decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, recante «Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di competitività economica», convertito, con modificazioni, dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, e, in particolare, l'art. 7, commi 26 e 27, che attribuisce al Presidente del Consiglio dei ministri, o al Ministro delegato, le funzioni in materia di politiche di coesione di cui all'art. 24, comma 1, lettera *c)*, del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, ivi inclusa la gestione del Fondo per le aree sottoutilizzate di cui all'art. 61 della legge 27 dicembre 2002, n. 289, e successive modificazioni;

Visto il decreto legislativo 31 maggio 2011, n. 88, recante «Disposizioni in materia di risorse aggiuntive e interventi speciali per la rimozione di squilibri economici e sociali a norma della legge 5 maggio 2009, n. 42», e in particolare l'art. 4, il quale dispone che il citato Fondo per le aree sottoutilizzate sia denominato Fondo per lo sviluppo e la coesione, di seguito FSC, e sia finalizzato a dare unità programmatica e finanziaria all'insieme degli interventi aggiuntivi a finanziamento nazionale rivolti al riequilibrio economico e sociale tra le diverse aree del Paese;

Visto il decreto-legge 31 agosto 2013, n. 101, recante «Disposizioni urgenti per il perseguimento di obiettivi di razionalizzazione nelle pubbliche amministrazioni», convertito, con modificazioni, dalla legge 30 ottobre 2013, n. 125, e, in particolare, l'art. 10, che istituisce l'Agenzia per la coesione territoriale, la sottopone alla vigilanza del Presidente del Consiglio dei ministri o del Ministro delegato e ripartisce le funzioni relative alla politica di coesione tra la Presidenza del Consiglio dei ministri e la stessa Agenzia;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 15 dicembre 2014, che istituisce il Dipartimento per le politiche di coesione tra le strutture generali della Presidenza del Consiglio dei ministri, in attuazione del citato art. 10 del decreto-legge n. 101 del 2013;

Considerato che la dotazione complessiva del FSC per il periodo di programmazione 2014-2020, pari a 68.810,00 milioni di euro, risulta determinata come segue:

un importo pari a 43.848,00 milioni di euro, inizialmente iscritto in bilancio quale quota dell'80 per cento della dotazione di 54.810,00 milioni di euro individuata dall'art. 1, comma 6, della legge 27 dicembre 2013, n. 147, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (Legge di stabilità 2014)»;

un importo pari a 10.962,00 milioni di euro, stanziato per gli anni 2020 e successivi dalla legge 11 dicembre 2016, n. 232, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2017 e bilancio pluriennale per il triennio 2017-2019», quale rimanente quota del 20 per cento inizialmente non iscritta in bilancio;

un importo di 5.000 milioni di euro, quale dotazione stanziata dalla legge 27 dicembre 2017, n. 205, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2018 e bilancio pluriennale per il triennio 2018-2020»;

un importo di 4.000 milioni di euro, quale dotazione stanziata dalla legge 30 dicembre 2018, n. 145, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2019 e bilancio pluriennale per il triennio 2019-2021»;

un importo di 5.000 milioni di euro, quale ulteriore dotazione stanziata dalla legge 27 dicembre 2019, n. 160, recante «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022»;

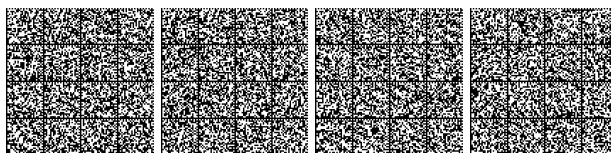
Considerato che la legge 23 dicembre 2014, n. 190, recante «Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2015)» e, in particolare, l'art. 1, comma 703, ferme restando le vigenti disposizioni sull'utilizzo del FSC, detta ulteriori disposizioni per l'utilizzo delle risorse assegnate per il periodo di programmazione 2014-2020;

Vista la circolare del Ministro per la coesione territoriale e il Mezzogiorno del 6 maggio 2017, n. 1, recante «Fondo Sviluppo e coesione 2014-2020 - Adempimenti delibere CIPE n. 25 e 26 del 10 agosto 2016. Piani operativi/Piani stralcio e Patti per lo sviluppo. *Governance*, modifiche e riprogrammazioni di risorse, revoche, disposizioni finanziarie»;

Visto il decreto-legge 30 aprile 2019, n. 34, recante «Misure urgenti di crescita economica e per la risoluzione di specifiche situazioni di crisi», convertito, con modificazioni, dalla legge 28 giugno 2019, n. 58, e successive modificazioni;

Visto, in particolare, l'art. 44 del citato decreto-legge n. 34 del 2019, rubricato «Semplificazione ed efficientamento dei processi di programmazione, vigilanza ed attuazione degli interventi finanziati dal Fondo per lo sviluppo e la coesione», come modificato dall'art. 1, comma 309, della legge 27 dicembre 2019, n. 160 recante disposizioni in materia di «Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2020 e bilancio pluriennale per il triennio 2020-2022» e, da ultimo, dall'art. 41, comma 3, del decreto-legge 16 luglio 2020, n. 76, recante «Misure urgenti per la semplificazione e l'innovazione digitale», convertito dalla legge 11 settembre 2020, n. 120;

Visto il comma 1 del citato art. 44 del decreto-legge n. 34 del 2019, e successive modificazioni, secondo cui: «Al fine di migliorare il coordinamento unitario e la qua-

lità degli investimenti finanziati con le risorse nazionali destinate alle politiche di coesione dei cicli di programmazione 2000/2006, 2007/2013 e 2014/2020, nonché di accelerarne la spesa, per ciascuna amministrazione centrale, regione o città metropolitana titolare di risorse a valere sul Fondo per lo sviluppo e coesione di cui all'art. 4, del decreto legislativo 31 maggio 2011, n. 88, in sostituzione della pluralità degli attuali documenti programmatori variamente denominati e tenendo conto degli interventi ivi inclusi, l'Agenzia per la coesione territoriale procede, sentite le amministrazioni interessate, ad una riclassificazione di tali strumenti al fine di sottoporre all'approvazione del CIPE, su proposta del Ministro per il sud e la coesione territoriale, entro quattro mesi dall'entrata in vigore del presente decreto un unico Piano operativo per ogni amministrazione denominato "Piano sviluppo e coesione", con modalità unitarie di gestione e monitoraggio»;

Visto il comma 2 del citato art. 44 del decreto-legge n. 34 del 2019, e successive modificazioni, in base al quale, per simmetria con i Programmi operativi europei, ciascun Piano di sviluppo e coesione, di seguito PSC, è articolato per aree tematiche, in analogia agli obiettivi tematici dell'Accordo di partenariato;

Visto il comma 6 del citato art. 44 del decreto-legge n. 34 del 2019, e successive modificazioni, in base al quale, fatto salvo quanto successivamente previsto dal comma 7, restano invariate le dotazioni finanziarie degli strumenti di programmazione oggetto di riclassificazione, come determinate alla data di entrata in vigore del suddetto decreto, gli interventi individuati e il relativo finanziamento, la titolarità dei programmi o delle assegnazioni deliberate dal Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile, nonché i soggetti attuatori, ove già individuati;

Visto il comma 7 del citato art. 44 del decreto-legge n. 34 del 2019, e successive modificazioni, secondo cui: «In sede di prima approvazione, il Piano sviluppo e coesione di cui al comma 1 può contenere:

a) gli interventi dotati di progettazione esecutiva o con procedura di aggiudicazione avviata, individuati sulla base dei dati di monitoraggio presenti, alla data del 31 dicembre 2019, nel sistema di monitoraggio unitario di cui all'art. 1, comma 245, della legge 27 dicembre 2013, n. 147;

b) gli interventi che, pur non rientrando nella casistica di cui alla lettera *a)*, siano valutati favorevolmente da parte del Dipartimento per le politiche di coesione, della Presidenza del Consiglio dei ministri e dell'Agenzia per la coesione territoriale, sentite le amministrazioni titolari delle risorse di cui al comma 1, in ragione della coerenza con le "missioni" della politica di coesione di cui alla Nota di aggiornamento del Documento di economia e finanza 2019 e con gli obiettivi strategici del nuovo ciclo di programmazione dei fondi europei, fermo restando l'obbligo di generare obbligazioni giuridicamente vincolanti entro il 31 dicembre 2021»;

Visto il comma 9 del citato art. 44 del decreto-legge n. 34 del 2019, e successive modificazioni, in base al quale per gli interventi di cui al comma 7, lettera *b)*, il Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile stabilisce, al fine di accelerarne la realizzazione e la spesa, le misure di accompagnamento alla progettazione e all'attuazione da parte del Dipartimento per le politiche di coesione, dell'Agenzia per la coesione territoriale e della Struttura per la progettazione di beni ed edifici pubblici di cui all'art. 1, comma 162, della legge 30 dicembre 2018, n. 145;

Visto il decreto-legge 19 maggio 2020, n. 34, convertito, con modificazioni, dalla legge 17 luglio 2020, n. 77, recante «Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da COVID-19» e, in particolare, gli articoli 241 e 242, che, al fine di contrastare gli effetti emergenziali della pandemia, consentono di ricorrere a nuove assegnazioni FSC oppure alla riprogrammazione delle risorse FSC rivenienti dalla ricognizione delle risorse;

Visto il decreto-legge 1° marzo 2021, n. 22, recante «Disposizioni urgenti in materia di riordino delle attribuzioni dei Ministeri», convertito, con modificazioni, dalla legge 22 aprile 2021, n. 55, e, in particolare, l'art. 8 laddove integra le competenze del Presidente del Consiglio dei ministri prevedendo che lo stesso promuove, indirizza, coordina l'azione del Governo nelle materie dell'innovazione tecnologica, dell'attuazione dell'agenda digitale italiana ed europea, della strategia italiana per la banda ultra larga, della digitalizzazione delle pubbliche amministrazioni e delle imprese, nonché della trasformazione, crescita e transizione digitale del Paese, in ambito pubblico e privato, dell'accesso ai servizi in rete, della connettività delle infrastrutture digitali materiali e immateriali e della strategia nazionale dei dati pubblici;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 15 marzo 2021 concernente la delega di funzioni al Ministro senza portafoglio Vittorio Colao, nella materia, tra le altre, della strategia italiana per la banda ultra larga;

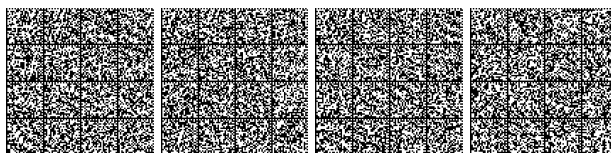
Vista la delibera di questo Comitato del 29 aprile 2021, n. 2 recante «Fondo sviluppo e coesione - Disposizioni quadro per il Piano sviluppo e coesione», che, ai sensi del citato art. 44, comma 14, del decreto-legge n. 34 del 2019, stabilisce la disciplina ordinamentale dei PSC, assicurando la fase transitoria dei cicli di programmazione 2000-2006 e 2007-2013 e armonizzando le regole vigenti in un quadro unitario;

Considerato che, in coerenza con la citata delibera ordinamentale n. 2 del 2021, lo schema di PSC o Piano è costituito in via generale dalle seguenti tavole, fermo restando la specificità di ciascun Piano:

Tavola 1 - Strumenti di programmazione riclassificati nel PSC ai sensi del citato art. 44, comma 1, del decreto-legge n. 34 del 2019, e successive modificazioni;

Tavola 2 - Risorse totali PSC per ciclo di programmazione ad esito istruttoria ai sensi del citato art. 44, comma 7, del decreto-legge n. 34 del 2019, e successive modificazioni e dei citati articoli 241 e 242 del decreto-legge n. 34 del 2020, e successive modificazioni;

Tavola 3 - PSC Sezione ordinaria: Interventi confermati per articolazione tematica;

Tavola 4 - PSC Sezioni speciali: Risorse da riprogrammazione e nuove assegnazioni;

Vista la delibera di questo Comitato del 29 aprile 2021, n. 9 che ha approvato, in prima istanza, il PSC del Ministero dello sviluppo economico per un ammontare complessivo di risorse del FSC pari a 7.124,46 milioni di euro di provenienza contabile 2014-2020, di cui 3.509,00 milioni di euro relativi al Piano Banda ultra larga;

Vista la delibera di questo Comitato del 22 dicembre 2021, n. 85 che ha approvato un incremento del PSC del Ministero dello sviluppo economico di 14,22 milioni di euro, per un ammontare complessivo di risorse del Piano pari a 7.138,68 milioni di euro a seguito della rimodulazione delle risorse FSC 2014-2020 assegnate al Contratto istituzionale di sviluppo per l'area di Taranto;

Visto il decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77 recante «*Governance* del Piano nazionale di ripresa e resilienza e prime misure di rafforzamento delle strutture amministrative e di accelerazione e snellimento delle procedure», convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, e, in particolare, l'art. 14, comma 2, che nel disciplinare il concorso delle risorse del FSC, per il periodo di programmazione 2021-2027, al finanziamento degli interventi previsti dal Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) ha stabilito che alla gestione delle predette risorse si «provvede in deroga alle specifiche normative di settore, con le procedure finanziarie del PNRR»;

Ritenuto necessario applicare il medesimo circuito finanziario anche alle risorse FSC relative alle programmazioni antecedenti il periodo 2021-2027 in analogia con la disposizione sopra richiamata e al fine di assicurare unitarietà di gestione delle risorse FSC destinate a interventi del PNRR;

Tenuto conto che il PNRR, approvato il 13 luglio 2021 dal Consiglio Ecofin dell'Unione europea ha individuato, nell'ambito della Missione 1C2 «Digitalizzazione, innovazione e competitività nel sistema produttivo», la linea di investimento 3 dedicata alle reti ultraveloci (banda-ultra larga e 5G);

Visto il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 6 agosto 2021, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana in data 21 ottobre 2021, in virtù del quale l'importo di 1.212,50 milioni di euro di cui al Piano Banda ultra larga è stato destinato all'attuazione dei progetti in essere della linea di intervento M1C2 «Digitalizzazione, innovazione e competitività nel sistema produttivo», linea di investimento 3 reti ultraveloci (banda-ultra larga e 5G), del PNRR, attribuendone la titolarità alla Presidenza del Consiglio dei ministri - Ministro per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale, di seguito MITD;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 12 febbraio 2021, con il quale, tra l'altro, l'onorevole Maria Rosaria Carfagna è stata nominata Ministro senza portafoglio;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 13 febbraio 2021, con il quale al Ministro senza portafoglio, onorevole Maria Rosaria Carfagna, è stato conferito l'incarico per il sud e la coesione territoriale;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 15 marzo 2021, concernente la delega di funzioni al Ministro per il sud e la coesione territoriale, onorevole Maria Rosaria Carfagna;

Visto il decreto del Presidente della Repubblica 25 febbraio 2021, con il quale l'onorevole Bruno Tabacci è stato nominato Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 19 marzo 2021, con il quale l'onorevole Bruno Tabacci è stato nominato segretario del Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS), e gli è stata assegnata, tra le altre, la delega ad esercitare le funzioni spettanti al Presidente del Consiglio dei ministri in materia di coordinamento della politica economica e programmazione degli investimenti pubblici di interesse nazionale;

Vista la nota del Capo di Gabinetto del Ministro per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale (MITD), prot. n. 1821-P del 5 aprile 2022, e la successiva nota del Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei ministri, onorevole Bruno Tabacci, prot. n. 86-P del 7 aprile 2022 il quale, vista l'eccezionalità e l'urgenza, segnala al Ministro per il sud e la coesione territoriale l'intenzione di iscrivere all'ordine del giorno del Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile ai sensi dell'art. 4, comma 2, del regolamento del Comitato, la modifica del PSC del Ministero dello sviluppo economico per l'assegnazione di corrispondenti risorse al MITD;

Vista la nota del Capo di Gabinetto del Ministro per il sud e la coesione territoriale, prot. n. 743-P dell'11 aprile 2022, e l'allegata proposta di delibera per il Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile predisposta dal competente Dipartimento per le politiche di coesione della Presidenza del Consiglio dei ministri, concernente la proposta di modifica del piano finanziario del PSC del Ministero dello sviluppo economico approvato in prima istanza con la citata delibera CIPESS n. 9 del 2021 e integrato con delibera CIPESS n. 85 del 2021, mediante riduzione di 1.212,50 milioni di euro destinati al Piano Banda ultra larga, per l'attuazione dei progetti in essere del PNRR nella titolarità della Presidenza del Consiglio dei ministri - Ministro per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale (MITD), in coerenza con quanto stabilito nel citato decreto MEF del 6 agosto 2021;

Preso atto che la suddetta variazione finanziaria impatta esclusivamente sull'Area tematica 02 «Digitalizzazione» del PSC MISE e sui relativi settori di intervento, come di seguito specificato:

riduzione di risorse pari a 93,50 milioni di euro a valere sul settore di intervento 02.01 - Tecnologie e servizi digitali;

riduzione di risorse pari a 1.119,00 milioni di euro a valere sul settore di intervento 02.02 - Connettività digitale;

Preso atto che il valore complessivo del PSC del Ministero dello sviluppo economico è ridotto da 7.138,68 milioni di euro a 5.926,18 milioni di euro di provenienza contabile 2014-2020, ripartiti per area tematica e settore di intervento e per macro-area territoriale come rappresentato nelle seguenti tabelle:

Area Tematica	Settore di intervento preliminare	2014-2020 Totale mln/€
01-RICERCA E INNOVAZIONE	01.01- RICERCA E SVILUPPO	367,07
02-DIGITALIZZAZIONE	02.01-TECNOLOGIE E SERVIZI DIGITALI	1.356,28
02-DIGITALIZZAZIONE	02.02-CONNETTIVITÀ DIGITALE	1.031,06
03-COMPETITIVITA' IMPRESE	03.01-INDUSTRIA E SERVIZI	2.904,83
04-ENERGIA	04.01-EFFICIENZA ENERGETICA	200,00
12-CAPACITA' AMMINISTRATIVA	12.02-ASSISTENZA TECNICA	66,94
	Totale	**5.926,18**

Macro Area Territoriale	**2014-2020 Totale mln/€**
MEZZOGIORNO	3.569,71
CENTRO-NORD	2.356,47
Totale	**5.926,18**

Preso atto, altresì, che le corrispondenti risorse attribuite alla Presidenza del Consiglio dei ministri - MITD, per un importo complessivo di 1.212,50 milioni di euro, sono ripartite in 1.058,50 milioni di euro al Piano Italia a 1Gbps, 93,50 milioni di euro al progetto Sanità connessa e 60,50 milioni di euro per il collegamento isole minori, secondo il seguente profilo temporale:

	Totale	2022	2023	2024	2025	2026
3.1 Piano Italia a 1 Gps	1.058.500.000,00	-	196.974.025,20	266.812.009,20	293.013.636,60	301.700.329,00
3.4 Sanità connessa	93.500.000,00	-	21.886.002,80	29.645.778,80	41.968.218,40	-
3.5 Collegamento isole minori	60.500.000,00	19.395.833,00	41.104.167,00	-	-	-
Totale	**1.212.500.000,00**	**19.395.833,00**	**259.964.195,00**	**296.457.788,80**	**334.981.855,00**	**301.700.329,00**

Preso atto che in data 28 marzo 2022, ai sensi del punto 4 della citata delibera CIPESS n. 2 del 2021, il Ministero dello sviluppo economico ha reso l'informativa al Comitato di sorveglianza in merito alle modifiche oggetto della presente delibera;

Tenuto conto, altresì, che in data 12 aprile 2022 la Cabina di regia, istituita con decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 25 febbraio 2016 per lo svolgimento delle funzioni di programmazione del FSC 2014-2020, previste dalla citata legge n. 190 del 2014, all'art. 1, comma 703, lettera *c)*, si è espressa favorevolmente;

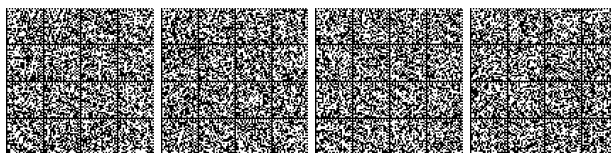
Vista la delibera CIPE 28 novembre 2018, n. 82, recante «Regolamento interno del Comitato interministeriale per la programmazione economica», così come modificata dalla delibera CIPE 15 dicembre 2020, n. 79, recante «Regolamento interno del Comitato interministeriale per la programmazione economica e lo sviluppo sostenibile (CIPESS)»;

Vista la nota predisposta congiuntamente dal Dipartimento per la programmazione e il coordinamento della politica economica della Presidenza del Consiglio dei ministri e dal Ministero dell'economia e delle finanze, posta a base della odierna seduta del Comitato;

Considerato che, all'apertura dell'odierna seduta, il Ministro degli affari regionali e le autonomie Maria Stella Gelmini, risulta essere, tra i presenti, il Ministro componente più anziano e che, dunque, svolge le funzioni di Presidente del Comitato, ai sensi dell'art. 4, comma 12-*quater* del decreto-legge 18 aprile 2019, n. 32, convertito, con modificazioni, dalla legge 14 giugno 2019, n. 55;

Sulla proposta del Ministro per il sud e la coesione territoriale;

Delibera:

1. Piano sviluppo e coesione a titolarità del Ministero dello sviluppo economico - Modifica del piano finanziario. Interventi su reti ultraveloci PNRR attribuiti alla Presidenza del Consiglio dei ministri - Ministero per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale.

1.1. Il Piano sviluppo e coesione del Ministero dello sviluppo economico, così come articolato nelle relative Tavole in allegato, che costituiscono parte integrante della presente delibera, è ridotto, a seguito dell'attribuzione delle risorse alla Presidenza del Consiglio dei ministri - Ministro per l'innovazione tecnologica e la transizione digitale (MITD), ai sensi del decreto del Ministero dell'economia e delle finanze del 6 agosto 2021, per un valore complessivo di 1.212,50 milioni di euro relativi al Piano Banda ultra larga. Il valore del predetto Piano passa quindi da complessivi 7.138,68 milioni di euro a 5.926,18 milioni di euro, relativi a risorse del Fondo sviluppo e coesione di provenienza contabile 2014-2020.

1.2. L'importo complessivo di 1.212,50 milioni di euro, attribuito alla titolarità del MITD è ripartito come segue: Piano Italia a 1Gbps (1.058,50 milioni di euro); Sanità connessa (93,50 milioni di euro); Collegamento isole minori (60,50 milioni di euro), secondo il seguente profilo temporale:

	Totale	**2022**	**2023**	**2024**	**2025**	**2026**
3.1 Piano Italia a 1 Gps	1.058.500.000,00	-	196.974.025,20	266.812.009,20	293.013.636,60	301.700.329,00
3.4 Sanità connessa	93.500.000,00	-	21.886.002,80	29.645.778,80	41.968.218,40	-
3.5 Collegamento isole minori	60.500.000,00	19.395.833,00	41.104.167,00	-	-	-
Totale	**1.212.500.000,00**	**19.395.833,00**	**259.964.195,00**	**296.457.788,80**	**334.981.855,00**	**301.700.329,00**

1.3 In coerenza con l'art. 14, comma 2, del decreto-legge 31 maggio 2021, n. 77, convertito, con modificazioni, dalla legge 29 luglio 2021, n. 108, al fine di assicurare unitarietà di gestione delle risorse destinate ai suddetti piani di interventi del PNRR a titolarità del MITD, le risorse FSC relative al ciclo di programmazione 2014-2020 agli stessi destinate confluiranno nella contabilità del fondo *Next Generation EU* - Italia, per essere gestite unitariamente con le altre risorse destinate al PNRR, con cadenza annuale, in coerenza con il cronoprogramma della spesa degli interventi.

1.4 Il Dipartimento per le politiche di coesione della Presidenza del Consiglio dei ministri adotta le iniziative necessarie affinché le risorse in questione, pari complessivamente, a euro 1.212,5 milioni di euro, siano versate sul conto di tesoreria *Next Generation Eu* - Italia n. 25092 su cui è gestito l'intervento PNRR a titolarità del MITD.

2. Norme finali.

2.1 Il Piano sviluppo e coesione a titolarità del Ministero dello sviluppo economico, così come aggiornato dalla presente delibera, è soggetto alle regole di *governance*, alle modalità di attuazione, alle prescrizioni e agli adempimenti disposti con la delibera CIPESS del 29 aprile 2021, n. 9 di approvazione del Piano sviluppo e coesione del Ministero dello sviluppo economico e con la delibera CIPESS del 22 dicembre 2021 n. 85.

2.2 Per quanto non espressamente previsto dalla presente delibera, si applicano le disposizioni normative e le procedure previste dalla citata delibera CIPESS del 29 aprile 2021, n. 2, recante «Fondo sviluppo e coesione - Disposizioni quadro per il Piano sviluppo e coesione».

Roma, 14 aprile 2022

Il Ministro per gli affari regionali
e le autonomie con funzioni di Presidente
GELMINI

Il segretario: TABACCI

Registrato alla Corte dei conti il 9 giugno 2022
Ufficio di controllo sugli atti del Ministero dell'economia e delle finanze, reg. n. 1016

ALLEGATO

PIANO SVILUPPO E COESIONE MISE

Tavola 1 – Risorse totali PSC per sezioni con modifiche

Valori in milioni di euro

Atto di riferimento	Sezione PSC	Specifica modifiche	Totale
Delibera CIPESS n . 9/2021, Delibera CIPESS n. 85/2021	Sezione ordinaria (non destinate a CIS o normate da disposizioni di legge)		6.524,46
	Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS)		14,22
	Assegnazioni normate da disposizioni di legge		600,00
[A] Totale sezione ordinaria in PSC vigente			**7.138,68**
Delibera CIPESS n . 9/2021	Sezione speciale 1		0,00
	Sezione speciale 2		0,00
[B] Totale sezioni speciali in PSC vigente			**0,00**
[C] Totale PSC vigente [A = B +C]			**7.138,68**
Modifiche con presente delibera	Sezione ordinaria (non destinate a CIS o normate da disposizioni di legge)	Piano Banda Ultra Larga - riduzione per progetti in essere del PNRR	-1.212,50
	Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS)		0,00
	Assegnazioni normate da disposizioni di legge		0,00
[D] Totale sezione ordinaria in PSC in corso di modifica			**-1.212,50**
Modifiche con presente delibera	Sezione speciale 1		0,00
	Sezione speciale 2		0,00
[E] Totale sezioni speciali in PSC in corso di modifica			**0,00**
[F] Totale modifiche assegnazioni PSC [F = E + D]			**-1.212,50**

Fonte: Elaborazione su documentazione di programmazione

Note

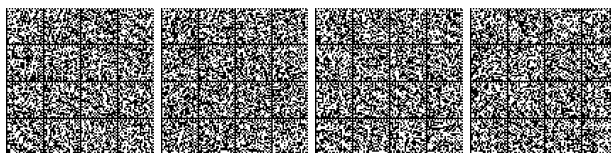
[1] Le modifiche alle assegnazioni non considerano la riduzione di 200,00 milioni di euro relativa al "Fondo nazionale reddito energetico" ex delibera CIPE n. 7/2020, da attribuire alla titolarità del Ministero della Transizione Ecologica (MiTE), a seguito della riorganizzazione dei Ministeri disposta dall'art. 10 del decreto-legge n. 22/2021, come previsto al punto 1.4 della delibera CIPESS n. 9/2021

PIANO SVILUPPO E COESIONE MISE

Tavola 2 – Risorse totali PSC per sezioni

Valori in milioni di euro

Sezione PSC	Specifica modifiche	Totale
Sezione ordinaria (non destinate a CIS o normate da disposizioni di legge)		5.311,96
Contratti Istituzionali di Sviluppo (CIS)		14,22
Assegnazioni normate da disposizioni di legge		600,00
[A] Totale sezione ordinaria in PSC aggiornato		**5.926,18**
Sezione speciale 1		0,00
Sezione speciale 2		0,00
[B] Totale sezioni speciali in PSC aggiornato		**0,00**
[C] Totale PSC aggiornato [C = A + B]		**5.926,18**

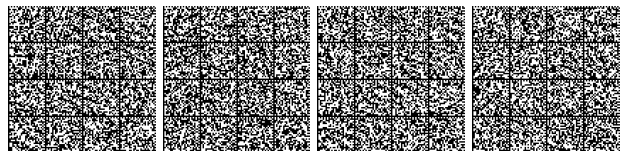
Fonte: Elaborazione su documentazione di programmazione

PIANO SVILUPPO E COESIONE MISE

Tavola 3.1 – PSC Sezione Ordinaria per articolazione tematica - Mezzogiorno

Valori in milioni di euro

Area tematica	Settore di intervento preliminare	Totale	di cui: CIS	di cui: Assegnazioni legge
01-RICERCA E INNOVAZIONE	01.01-RICERCA E SVILUPPO	84,88	0,00	0,00
02-DIGITALIZZAZIONE	02.01-TECNOLOGIE E SERVIZI DIGITALI	653,94	0,00	0,00
02-DIGITALIZZAZIONE	02.02-CONNETTIVITÀ DIGITALE	261,97	0,00	0,00
03-COMPETITIVITA' IMPRESE	03.01-INDUSTRIA E SERVIZI	2.355,71	14,22	480,00
04-ENERGIA	04.01-EFFICIENZA ENERGETICA	160,00	0,00	0,00
12-CAPACITA' AMMINISTRATIVA	12.02-ASSISTENZA TECNICA	53,21	0,00	0,00
Totale		**3.569,71**	***14,22***	***480,00***

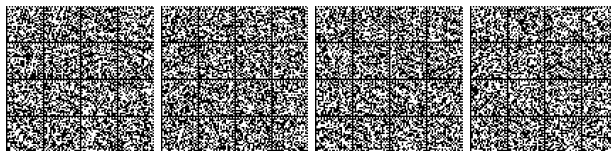
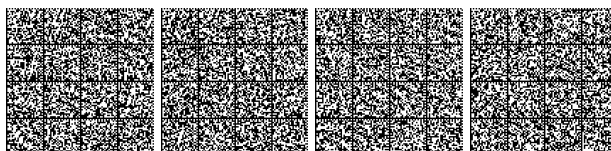
Fonte: Elaborazione su documentazione di programmazione e seduta del Comitato di Sorveglianza del 28 marzo 2022

PIANO SVILUPPO E COESIONE MISE

Tavola 3.2 – PSC Sezione Ordinaria per articolazione tematica – Centro Nord

Valori in milioni di euro

Area tematica	Settore di intervento preliminare	Totale	di cui: CIS	di cui: Assegnazioni legge
01-RICERCA E INNOVAZIONE	01.01-RICERCA E SVILUPPO	282,19	0,00	0,00
02-DIGITALIZZAZIONE	02.01-TECNOLOGIE E SERVIZI DIGITALI	702,34	0,00	0,00
02-DIGITALIZZAZIONE	02.02-CONNETTIVITÀ DIGITALE	769,09	0,00	0,00
03-COMPETITIVITA' IMPRESE	03.01-INDUSTRIA E SERVIZI	549,12	0,00	120,00
04-ENERGIA	04.01-EFFICIENZA ENERGETICA	40,00	0,00	0,00
12-CAPACITA' AMMINISTRATIVA	12.02-ASSISTENZA TECNICA	13,73	0,00	0,00
Totale		**2.356,47**	***0,00***	***120,00***

Fonte: Elaborazione su documentazione di programmazione e seduta del Comitato di Sorveglianza del 28 marzo 2022

22A03625

UNIVERSITÀ DI CATANIA

DECRETO RETTORALE 7 giugno 2022.

Modifiche allo statuto.

IL RETTORE

Vista la legge 9 maggio 1989, n. 168;

Vista la legge n. 240 del 30 dicembre 2010 e successive modificazioni ed integrazioni;

Visto lo statuto di Ateneo, emanato con d.r. n. 881 del 23 marzo 2015 e successive modificazioni ed integrazioni;

Vista la delibera del senato accademico del 25 gennaio 2022, con la quale sono state approvate le proposte di modifica dei seguenti articoli: art. 8, comma 1, lettera *d)*; nuovo titolo II-*bis*; art. 12, comma 3; nuovo art. 12-*ter* (*ex* art. 40); nuovo art. 12-*quater*; art. 14, comma 3; art. 15, commi 2, 6, 7, 9 e 11; art. 18 (in particolare il comma 5); art. 19; art. 22, comma 4; art. 23, comma 3; art. 24, comma 6; art. 25, comma 7; art. 27, comma 2; art. 28, comma 5; nuova denominazione del titolo VI; art. 32, commi 4 e nuovo comma 6; art. 34; art. 36, comma 2; art. 37, commi 1 e 3. Sono stati altresì abrogati gli articoli 42, 42-*bis* e 43;

Vista la nota rettorale del 26 gennaio 2022, prot. 28102, con la quale le proposte di modifica deliberate dal senato accademico sono state trasmesse ai Dipartimenti, ai sensi dell'art. 36, comma 2, dello statuto, per gli eventuali pareri dei rispettivi consigli;

Vista la delibera del senato accademico del 22 febbraio 2022, con la quale, previo parere del consiglio di amministrazione dell'11 febbraio 2022, sono state approvate le modifiche allo statuto di Ateneo, in particolare ai seguenti articoli: art. 6, comma 3, lettera *g)*; art. 7, comma 1, lettera *m)*; art. 8, comma 1, lettera *d)*; nuovo titolo II-*bis*; art. 12, comma 3; nuovo art. 12-*ter* (*ex* art. 40); nuovo art. 12-*quater*; art. 14, comma 3; art. 15, commi 2, 6, 7, 9 e 11; art. 18 (in particolare il comma 5); art. 19; art. 22, comma 4; art. 23, comma 3; art. 24, comma 6; art. 25, comma 7; art. 27, comma 2; art. 28, comma 5; nuova denominazione del titolo VI; art. 32, commi 4 e nuovo comma 6; art. 34; art. 36, comma 2; art. 37, commi 1 e 3. Sono stati altresì abrogati gli articoli 42, 42-*bis* e 43;

Vista la nota rettorale del 25 febbraio 2022, prot. 88598, con la quale la delibera del senato accademico del 22 febbraio 2022 è stata trasmessa al Ministero dell'università e della ricerca, per i controlli di cui all'art. 6, comma 9, della legge n. 168/1989;

Vista la nota del Ministero dell'università e della ricerca, assunta al protocollo di Ateneo n. 171005 del 26 aprile 2022, con la quale sono state formulate alcune osservazioni di merito sui seguenti articoli: art. 12; art. 14, comma 3; art. 15, comma 7; art. 23, comma 3; art. 24, comma 6; art. 25, comma 7; art. 28, comma 5;

Viste le delibere del senato accademico e del consiglio di amministrazione, rispettivamente del 24 e del 26 maggio 2022, con la quale sono state recepite le osservazioni del Ministero;

Vista la nota rettorale del 26 maggio 2022, prot. 209743, con la quale sono stati comunicati al Ministero i recepimenti delle osservazioni ministeriali;

Vista la nota del Ministero dell'università e della ricerca, assunta al protocollo di Ateneo n. 220213 del 1° giugno 2022 con la quale è stato comunicato che non vi sono osservazioni da formulare;

Tutto ciò premesso;

Decreta:

Art. 1.

Il vigente statuto dell'Università degli studi di Catania di cui in premessa è modificato come segue.

Art. 6, comma 3, lettera *g)*: avviare i procedimenti in caso di violazioni del codice etico e di comportamento, qualora le stesse non ricadano sotto la competenza del collegio di disciplina ovvero di altro organo disciplinare previsto dalla normativa vigente, e proporre al senato accademico la sanzione.

Art. 7, comma 1, lettera *m)*: approvare, previo parere favorevole del consiglio di amministrazione, il codice etico e di comportamento e decidere, su proposta del rettore, in ordine alle violazioni dello stesso, qualora non ricadano sotto la competenza del collegio di disciplina, ovvero di altro organo disciplinare previsto dalla normativa vigente.

Art. 8, comma 1, lettera *d)*: approvare il regolamento per l'amministrazione, la contabilità e la finanza, previo parere del senato accademico.

Nuovo titolo II-*bis* - Altri organi.

Art. 12, comma 3: i componenti delle sezioni sono eletti, a scrutinio segreto e per fasce tra i docenti anche di altri atenei, secondo quanto stabilito dal regolamento elettorale di Ateneo, e nominati con decreto rettorale. I componenti del collegio di disciplina durano in carica quattro anni e sono rinnovabili per una sola volta.

Art. 12, comma 9: il procedimento disciplinare avanti al collegio è avviato dal rettore ovvero, se i fatti riguardano il rettore, dal decano dei professori di prima fascia, ed è disciplinato dalla normativa vigente.

Nuovo art. 12-*ter* - Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.

1. Presso l'Università di Catania è istituito, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, a cui spettano i compiti attribuiti dalla normativa vigente in materia.

2. Il Comitato è composto da rappresentanti del personale docente e tecnico-amministrativo e degli studenti, in modo da assicurare nel complesso la presenza paritaria di entrambi i generi.

3. Le norme di dettaglio in materia di composizione e di modalità di costituzione del Comitato sono stabilite dal regolamento di Ateneo.

Nuovo art. 12-*quater* – Presidio della qualità.

1. Il Presidio della qualità ha funzioni di promozione della cultura della qualità nell'Ateneo, di supporto agli organi e alle strutture dell'Ateneo sulle tematiche della assicurazione della qualità, di monitoraggio dei processi di assicurazione della qualità e di promozione del miglioramento continuo della qualità.

2. I compiti e la composizione del Presidio sono disciplinati dal regolamento di Ateneo.

Art. 14, comma 3: il Dipartimento ha autonomia amministrativa e gestionale, nei limiti fissati dallo statuto, dai regolamenti di Ateneo e dalle norme vigenti. Al Dipartimento è assegnato personale tecnico-amministrativo adeguato alle proprie attività istituzionali, coordinato dal responsabile amministrativo-gestionale, che viene individuato dal direttore generale sentito il direttore del Dipartimento, tra il personale almeno di categoria D, e che collabora con quest'ultimo al fine di assicurare il migliore funzionamento della struttura.

Art. 15, comma 2: il consiglio di Dipartimento è composto da tutti i docenti afferenti al Dipartimento e, senza diritto di voto, dal responsabile amministrativo-gestionale, che assume le funzioni di segretario nell'ambito delle competenze ed entro i limiti previsti dalle disposizioni di legge. Alle sedute partecipano con diritto di voto i rappresentanti degli studenti, di cui due dottorandi di ricerca, nella misura del 15% dei componenti del consiglio, con arrotondamento all'unità superiore, e i rappresentanti del personale tecnico-amministrativo, nella misura di un quinto del personale assegnato al Dipartimento. Nel calcolo del numero dei rappresentanti degli studenti e del personale tecnico-amministrativo, si procede per arrotondamento all'unità superiore. Le rappresentanze degli studenti e del personale tecnico-amministrativo non esercitano il diritto di voto nelle materie di cui all'art. 14, comma 2, lettere *a)*, *b)* e *d)* del presente statuto.

Art. 15, comma 6: Il direttore è organo rappresentativo del Dipartimento, convoca e presiede il consiglio e la giunta e ne attua le deliberazioni. Spetta in particolare al direttore sovrintendere al regolare svolgimento di tutte le attività didattiche, di ricerca e organizzative che fanno capo al Dipartimento, esercitando ogni opportuna funzione di controllo e di vigilanza. Nell'ambito delle competenze funzionalmente riferibili al Dipartimento secondo la normativa di riferimento, sottoscrive le convenzioni e i contratti, in conformità con gli orientamenti espressi dal senato accademico e seguendo le disposizioni del consiglio di amministrazione e del consiglio di dipartimento secondo le procedure previste dal regolamento per l'amministrazione, la contabilità e la finanza, nonché in conformità alla normativa interna di Ateneo. Il direttore esercita, nell'ambito del Dipartimento, ogni altra funzione prevista dalla normativa vigente, dal presente statuto e dai regolamenti di Ateneo e non espressamente attribuita ad altri organi del Dipartimento.

Art. 15, comma 7: il direttore designa fra i professori di ruolo afferenti al Dipartimento un vicedirettore, che lo coadiuva e lo sostituisce in tutte le sue funzioni, in caso di assenza o impedimento. Il vicedirettore viene nominato con decreto del rettore. Il direttore può delegare lo svolgimento di specifiche funzioni al personale docente, a tempo pieno, afferente al Dipartimento.

Art. 15, comma 9: la Giunta è formata da due professori di prima fascia, da due professori di seconda fascia e da due ricercatori, oltre che dal direttore e, senza diritto di voto, dal responsabile amministrativo-gestionale, che assume le funzioni di segretario nell'ambito delle competenze ed entro i limiti previsti dalle disposizioni di legge.

Art. 15, comma 11: i componenti della giunta, ad eccezione del responsabile amministrativo-gestionale che non è soggetto a scadenza e dei ricercatori a tempo determinato che durano in carica due anni, durano in carica quattro anni e il loro mandato è rinnovabile per una sola volta.

Art. 18: Scuola di medicina.

1. La Scuola di medicina è struttura di raccordo dei Dipartimenti di area medica, individuati con delibera del consiglio di amministrazione, previo parere obbligatorio del senato accademico, sulla base di criteri di affinità disciplinare.

2. Spetta alla Scuola:

a) esercitare le funzioni attribuite alle scuole dal precedente art. 17, comma 1;

b) curare i compiti conseguenti alle funzioni assistenziali, regolate dalle disposizioni statali in materia, secondo le modalità e nei limiti concertati con la Regione Siciliana, garantendo l'inscindibilità delle funzioni assistenziali dei docenti di materie cliniche da quelle di insegnamento e di ricerca;

c) curare, per quanto di competenza, i rapporti con il Servizio sanitario nazionale;

d) formulare pareri facoltativi in ordine alle proposte riguardanti la programmazione del fabbisogno di professori e di ricercatori formulate dai Dipartimenti raggruppati nella Scuola.

3. Sono organi della Scuola:

a) il coordinamento della Scuola:

b) la commissione paritetica della Scuola.

4. Il coordinamento della Scuola è composto da:

a) i direttori dei dipartimenti raggruppati nella Scuola;

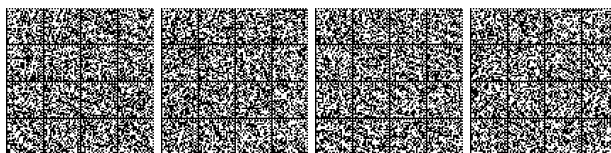
b) una rappresentanza elettiva degli studenti iscritti ai corsi di studio di area medica, in numero pari al 15% dei componenti del coordinamento, con arrotondamento all'unità superiore;

c) quattro rappresentanti dei direttori dei Dipartimenti assistenziali, eletti tra i direttori dei Dipartimenti assistenziali a guida universitaria;

d) un rappresentante dei coordinatori dei dottorati di ricerca, eletto tra i coordinatori dei dottorati di ricerca che fanno capo alla Scuola;

e) tre rappresentanti dei direttori delle Scuole di specializzazione, eletti tra i direttori delle Scuole di specializzazione che fanno capo alla Scuola;

f) i presidenti dei Consigli dei corsi di laurea magistrale a ciclo unico che fanno capo alla Scuola;

g) tre rappresentanti dei presidenti dei consigli dei corsi di laurea e di laurea magistrale, eletti tra i presidenti dei consigli dei corsi di laurea e di laurea magistrale che fanno capo alla Scuola;

h) quattro docenti eletti tra i componenti delle giunte dei Dipartimenti raggruppati nella Scuola; in sede di individuazione degli eletti, verrà data precedenza ai ricercatori universitari che abbiano ottenuto voti.

5. Il coordinamento della Scuola elegge il presidente, tra i professori ordinari a tempo pieno afferenti ai dipartimenti raggruppati nella Scuola. L'ufficio di presidente è incompatibile con quello di senatore accademico, di consigliere di amministrazione, di prorettore. Il presidente dura in carica tre anni ed è rinnovabile per una sola volta.

6. Le modalità di elezione delle rappresentanze elettive nel coordinamento della Scuola sono stabilite dal regolamento elettorale di Ateneo. Tali rappresentanze elettive durano in carica tre anni, ad eccezione dei rappresentanti degli studenti, il cui mandato ha durata biennale. Il mandato delle rappresentanze elettive è rinnovabile per una sola volta.

7. L'organizzazione e le modalità di funzionamento degli organi della Scuola sono disciplinate dal regolamento della Scuola, approvato dal senato accademico, previo parere favorevole del consiglio di amministrazione, su proposta del coordinamento della Scuola.

8. La partecipazione agli organi della Scuola non dà luogo alla corresponsione di compensi, emolumenti, indennità o rimborsi spese.

Art. 19: commissione paritetica della Scuola di medicina.

1. La commissione paritetica della Scuola di Medicina tiene luogo delle commissioni paritetiche dipartimentali con riferimento a tutti i Dipartimenti raggruppati nella Scuola. È composta, di norma, da:

a) dodici docenti a tempo indeterminato eletti tra i componenti dei consigli dei Dipartimenti raggruppati nella Scuola;

b) dieci rappresentanti degli studenti eletti tra i rappresentanti degli studenti nei consigli dei corsi di studio che fanno capo alla Scuola;

c) due rappresentanti dei dottorandi di ricerca eletti tra i dottorandi di ricerca iscritti ai corsi di dottorato che fanno capo alla Scuola.

2. Le modalità di elezione dei componenti della commissione paritetica della Scuola sono stabilite dal regolamento elettorale di Ateneo. I componenti della commissione durano in carica quattro anni, ad eccezione dei rappresentanti degli studenti e dei dottorandi di ricerca, il cui mandato ha durata biennale. Il mandato dei componenti della commissione è rinnovabile per una sola volta.

3. La commissione paritetica della Scuola ha il compito di:

a) svolgere attività di monitoraggio dell'offerta formativa e della qualità della didattica, nonché dell'attività di servizio agli studenti, da parte dei professori e dei ricercatori afferenti ai Dipartimenti raggruppati nella Scuola, individuando indicatori per la valutazione dei risultati delle stesse;

b) formulare pareri sull'attivazione e la soppressione di corsi di studio di interesse della Scuola.

4. La commissione paritetica della Scuola è presieduta dal docente più anziano nel ruolo, di fascia più elevata.

Art. 22, comma 4: il coordinatore è il docente proponente che presenta la domanda di accreditamento, su incarico del Dipartimento di pertinenza, e dura in carica per la durata del ciclo di accreditamento del dottorato; in caso di cessazione anticipata, si rinvia a quanto stabilito dal regolamento sui dottorati. Il coordinatore convoca e presiede il collegio nel rispetto di quanto prescritto dal regolamento di Ateneo e sovrintende alle attività del corso di dottorato.

Art. 23, comma 3: alle strutture didattiche speciali può essere riconosciuta autonomia didattica, nonché autonomia amministrativa e gestionale, nei limiti previsti dallo statuto, dai regolamenti di Ateneo e dalle norme vigenti. Alla struttura didattica speciale è assegnato personale tecnico-amministrativo adeguato alle proprie attività istituzionali, che, nel caso in cui alla stessa sia stata riconosciuta autonomia gestionale, può essere coordinato da un responsabile amministrativo-gestionale, che viene individuato dal direttore generale sentito il Presidente della struttura, tra il personale almeno di categoria D, e che collabora con quest'ultimo al fine di assicurare il migliore funzionamento della struttura stessa.

Art. 24, comma 6: al centro di ricerca può essere riconosciuta autonomia gestionale, con riferimento alle risorse finanziarie proprie, nel rispetto di quanto stabilito dal regolamento per l'amministrazione, la contabilità e la finanza.

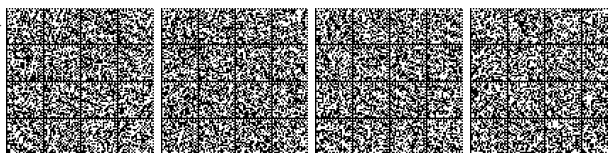
Art. 25, comma 7: il centro di servizio ha autonomia gestionale, nei limiti del budget assegnato annualmente dal consiglio di amministrazione, nel rispetto di quanto stabilito dal regolamento per l'amministrazione, la contabilità e la finanza.

Art. 27, comma 2: il personale docente e tecnico-amministrativo, che collabora alle attività di cui al comma precedente, può essere ricompensato fino a una somma annua totale non superiore al doppio della propria retribuzione annua lorda complessiva. In ogni caso la somma così erogata al personale non può superare il limite massimo del 75% dei proventi globali delle prestazioni.

Art. 28, comma 5: il regolamento di Ateneo per l'amministrazione, la contabilità e la finanza disciplina le competenze in materia di stipula e sottoscrizione relative ad ogni altro atto negoziale diverso da quelli di cui al comma 1 del presente articolo. Tali competenze possono essere attribuite al direttore generale e ai dirigenti negli ambiti di rispettiva pertinenza. Relativamente agli acquisti direttamente connessi all'attività didattica e di ricerca, esse sono anche attribuite ai direttori di Dipartimento, che le esercitano secondo la normativa di riferimento solo per gli atti di esclusivo interesse del Dipartimento da loro diretto, nell'ambito delle risorse ad esso assegnate e nel rispetto della competenza di valore come definita dalla normativa interna dell'Ateneo. È fatta salva la facoltà di delega secondo le disposizioni di legge e la normativa interna di Ateneo.

Titolo VI – Regolamenti e codice etico e di comportamento.

Art. 32, comma 4: il regolamento per l'amministrazione, la contabilità e la finanza e le sue modifiche sono approvati, a maggioranza assoluta, dal consiglio di am-

ministrazione, previo parere del senato accademico; i regolamenti in materia di servizi e di risorse dell'Ateneo, nonché le loro modifiche, sono approvati, a maggioranza assoluta, dal consiglio di amministrazione.

Art. 32, nuovo comma 6: I regolamenti che non rientrano nelle categorie precedenti sono approvati dal consiglio di amministrazione, previo parere del Senato accademico.

Art. 34: codice etico e di comportamento.

1. Il codice etico e di comportamento del personale docente, del personale tecnico-amministrativo e degli studenti dell'Ateneo determina i valori fondamentali della comunità universitaria, promuove il riconoscimento e il rispetto dei diritti individuali, nonché l'accettazione dei doveri e delle responsabilità nei confronti dell'istituzione di appartenenza, detta le regole di condotta nell'ambito della comunità, nelle relazioni interne e nei confronti di tutti coloro che direttamente o indirettamente entrano in relazione con l'Ateneo. Le norme in esso contenute sono volte ad evitare ogni forma di discriminazione e di abuso, nonché a regolare i casi di conflitto di interessi o di proprietà intellettuale.

2. L'accertamento di violazioni di valori e principi etici dell'Ateneo e di comportamenti non conformi alle norme del codice, sempre che tali violazioni non ricadano sotto la competenza del collegio di disciplina, ovvero di altro organo disciplinare previsto dalla normativa vigente, porta all'irrogazione delle seguenti sanzioni, nel rispetto del principio di gradualità:

a) rimprovero scritto;

b) sospensione fino ad un anno dalla carica accademica ricoperta ovvero dall'incarico di responsabilità affidato;

c) decadenza dalla carica accademica ricoperta ovvero dall'incarico di responsabilità affidato;

d) anche in aggiunta alla sanzione di cui alla precedente lettera c, impossibilità di ricoprire cariche accademiche ovvero di svolgere incarichi di responsabilità fino a cinque anni.

3. Il codice etico e di comportamento e le sue modifiche sono approvati, previo parere favorevole del consiglio di amministrazione, dal senato accademico, a maggioranza assoluta.

Art. 36, comma 2: il senato accademico delibera la proposta di modifica a maggioranza assoluta. Su di essa esprimono pareri i consigli di Dipartimento entro un termine fissato dal rettore non inferiore a quindici giorni. Entro novanta giorni dalla prima deliberazione, il senato accademico adotta la delibera definitiva a maggioranza dei due terzi, previo parere favorevole del consiglio di amministrazione, espresso a maggioranza assoluta dei suoi componenti.

Art. 37, comma 1: sono cariche accademiche le cariche di rettore, prorettore, senatore accademico, consigliere di amministrazione, presidente di scuola, direttore di Dipartimento, coordinatore di dottorato di ricerca, presidente di corso di studio.

I componenti del senato accademico e del consiglio di amministrazione non possono:

a) ricoprire altre cariche accademiche, fatta eccezione per il rettore limitatamente al senato accademico e al consiglio di amministrazione, e per i direttori di Dipartimento limitatamente allo stesso senato, qualora risultino eletti a farne parte;

b) essere componenti degli organi di cui al titolo II-*bis* del presente statuto, fatta eccezione per i rappresentanti degli studenti limitatamente alla consulta degli studenti;

c) ricoprire il ruolo di direttore o presidente delle scuole di specializzazione o fare parte del consiglio di amministrazione delle scuole di specializzazione, laddove istituito;

d) rivestire alcun incarico di natura politica per la durata del mandato;

e) ricoprire la carica di rettore o far parte del consiglio di amministrazione, del senato accademico, del nucleo di valutazione o del collegio dei revisori dei conti di altre università italiane statali, non statali o telematiche;

f) svolgere funzioni inerenti alla programmazione, al finanziamento e alla valutazione delle attività universitarie nel Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca e nell'ANVUR.

Art. 37, comma 3: la condizione di professore a tempo definito è incompatibile con l'esercizio delle cariche accademiche di cui al comma 1 del presente articolo. I docenti eletti nel senato accademico e i docenti designati nel consiglio di amministrazione devono optare, all'atto della nomina, per il regime d'impegno a tempo pieno.

Art. 40: spostato al nuovo art. 12-*ter*.

Art. 42: abrogato.

Art. 42-*bis*: abrogato.

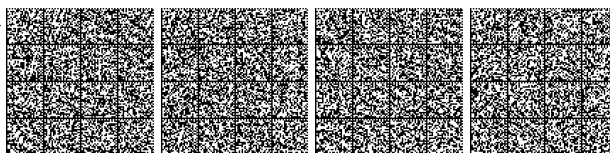
Art. 43: abrogato.

Art. 2.

Il presente decreto sarà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana. Le modifiche statutarie entreranno in vigore il quindicesimo giorno successivo alla pubblicazione.

Catania, 7 giugno 2022

Il rettore: PRIOLO

22A03628

ESTRATTI, SUNTI E COMUNICATI

CAMERA DI COMMERCIO, INDUSTRIA, ARTIGIANATO E AGRICOLTURA DELLE MARCHE

Provvedimento concernente i marchi di identificazione dei metalli preziosi

Ai sensi dell'art. 29, commi 5 e 6 del regolamento recante norme per l'applicazione del decreto legislativo 22 maggio 1999, n. 251, sulla disciplina dei titoli e dei marchi di identificazione dei metalli preziosi, approvato con decreto del Presidente della Repubblica 30 maggio 2002, n. 150, si rende conto che la sottoelencata impresa, già assegnataria del marchio a fianco indicato, ha cessato la propria attività connessa all'uso del marchio stesso ed è stata cancellata dal registro degli assegnatari di cui all'art. 14 del decreto legislativo 22 maggio 1999, n. 251, della Camera di commercio, industria, artigianato e agricoltura delle Marche con determinazione dirigenziale del 7 giugno 2022:

n. marchio 144 PS - Claudio Pacifici - S.r.l. con sede a Fano (PU), corso G. Matteotti n. 108 - c.f. n. 00960030419 - n. R.E.A. PS-97963.

I punzoni in dotazione all'impresa suddetta sono stati riconsegnati alla Camera di commercio delle Marche sede di Pesaro e Urbino che ha provveduto alla loro deformazione.

22A03629

MINISTERO DEGLI AFFARI ESTERI E DELLA COOPERAZIONE INTERNAZIONALE

Limitazione delle funzioni del titolare del vice Consolato onorario in Cayenne (Francia)

IL DIRETTORE GENERALE
PER LE RISORSE E L'INNOVAZIONE

(*Omissis*);

Decreta:

Il signor Nicolò Gallinaro, vice Console onorario in Cayenne (Francia), oltre all'adempimento dei generali doveri di difesa degli interessi nazionali e di protezione dei cittadini, esercita le funzioni consolari limitatamente a:

a) ricezione e trasmissione materiale al Consolato generale d'Italia in Parigi degli atti di stato civile pervenuti dalle autorità locali, dai cittadini italiani o dai comandanti di navi o aeromobili nazionali o stranieri;

b) ricezione e trasmissione materiale al Consolato generale d'Italia in Parigi delle dichiarazioni concernenti lo stato civile da parte dei comandanti di navi e di aeromobili, ovvero dei testimoni;

c) ricezione e trasmissione materiale al Consolato generale d'Italia in Parigi dei testamenti formati a bordo di navi e di aeromobili da parte di cittadini italiani;

d) ricezione e trasmissione materiale al Consolato generale d'Italia in Parigi degli atti dipendenti dall'apertura di successione di cittadini italiani o cui possono essere chiamati cittadini italiani;

e) emanazione di atti conservativi, che non implichino la disposizione dei beni di cittadini italiani, in materia di successione, naufragio o sinistro aereo, con l'obbligo di informarne tempestivamente il Consolato generale d'Italia in Parigi;

f) attività urgenti di prima istruttoria in caso di sinistri marittimi o aerei o di infortuni a bordo di navi, imbarcazioni da diporto o aerei nazionali, dopo aver preventivamente interpellato caso per caso il Consolato generale d'Italia in Parigi;

g) ricezione e trasmissione al Consolato generale d'Italia in Parigi delle domande di iscrizione nelle liste anagrafiche ed elettorali in Italia presentate da cittadini che siano residenti nella circoscrizione territoriale dell'Ufficio consolare onorario;

h) ricezione e trasmissione materiale al Consolato generale d'Italia in Parigi, competente per ogni decisione in merito, degli atti in materia pensionistica;

i) autentica amministrativa di firma, nei casi in cui essa sia prevista dalla legge;

j) consegna di certificazioni, rilasciate dal Consolato generale d'Italia in Parigi;

k) vidimazioni e legalizzazioni;

l) ricezione e trasmissione materiale al Consolato generale d'Italia in Parigi della documentazione relativa al rilascio di passaporti dei cittadini che siano residenti nella circoscrizione territoriale dell'Ufficio consolare onorario; diretta consegna ai titolari dei passaporti emessi dal Consolato generale d'Italia in Parigi e restituzione al Consolato generale d'Italia in Parigi delle ricevute di avvenuta consegna;

m) captazione dei dati biometrici di connazionali che richiedono un documento elettronico, per il successivo inoltro all'ufficio consolare di prima categoria;

n) ricezione e trasmissione al Consolato generale d'Italia in Parigi della documentazione relativa alle richieste di rilascio del documento di viaggio provvisorio - ETD - presentate da cittadini italiani e da cittadini degli Stati membri dell'UE, dopo avere acquisito la denuncia di furto o smarrimento del passaporto o di altro documento di viaggio e dopo aver effettuato gli idonei controlli, previsti ai sensi dell'art. 71 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47 del citato decreto del Presidente della Repubblica; consegna degli ETD, emessi dal Consolato generale d'Italia in Parigi, validi per un solo viaggio verso lo Stato membro di cui il richiedente è cittadino, verso il Paese di residenza permanente o, eccezionalmente, verso un'altra destinazione;

o) ricezione e trasmissione al Consolato generale d'Italia in Parigi della documentazione relativa alle richieste di rilascio delle carte d'identità - presentate dai cittadini italiani residenti nella circoscrizione dell'Ufficio consolare onorario dopo aver effettuato gli idonei controlli, previsti ai sensi dell'art. 71 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47 del citato decreto del Presidente della Repubblica; diretta consegna ai titolari delle carte d'identità, emesse dal Consolato generale d'Italia in Parigi e restituzione materiale al Consolato generale d'Italia in Parigi dei cartellini da questi ultimi sottoscritti;

p) ricezione e trasmissione al Consolato generale d'Italia in Parigi della documentazione relativa alle richieste di visto di ingresso;

q) assistenza ai connazionali bisognosi od in temporanea difficoltà ed espletamento delle attività istruttorie ai fini della concessione di sussidi o prestiti con promessa di restituzione all'erario da parte del Consolato generale d'Italia in Parigi;

r) notifica di atti a cittadini italiani residenti nella circoscrizione dell'ufficio onorario, dando comunicazione dell'esito degli stessi all'Autorità italiana competente e, per conoscenza, al Consolato generale d'Italia in Parigi;

s) collaborazione all'aggiornamento da parte del Consolato generale d'Italia in Parigi dello schedario dei connazionali residenti;

t) tenuta dello schedario delle firme delle autorità locali.

Il presente decreto verrà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 13 giugno 2022

Il direttore generale: VARRIALE

22A03630

Limitazione delle funzioni del titolare del Consolato onorario in Mindelo (Capo Verde)

IL DIRETTORE GENERALE
PER LE RISORSE E L'INNOVAZIONE

(*Omissis*);

Decreta:

Il signor Fausto Fanti, Console onorario in Mindelo (Capo Verde), oltre all'adempimento dei generali doveri di difesa degli interessi nazionali e di protezione dei cittadini, esercita le funzioni consolari limitatamente a:

a) ricezione e trasmissione materiale all'Ambasciata d'Italia in Dakar degli atti di stato civile pervenuti dalle autorità locali, dai cittadini italiani o dai comandanti di navi o aeromobili nazionali o stranieri;

b) ricezione e trasmissione materiale all'Ambasciata d'Italia in Dakar delle dichiarazioni concernenti lo stato civile da parte dei comandanti di navi e di aeromobili, ovvero dei testimoni;

c) ricezione e trasmissione materiale all'Ambasciata d'Italia in Dakar dei testamenti formati a bordo di navi e di aeromobili da parte di cittadini italiani;

d) ricezione e trasmissione materiale all'Ambasciata d'Italia in Dakar degli atti dipendenti dall'apertura di successione di cittadini italiani o cui possono essere chiamati cittadini italiani;

e) emanazione di atti conservativi, che non implichino la disposizione dei beni di cittadini italiani, in materia di successione, naufragio o sinistro aereo, con l'obbligo di informarne tempestivamente l'Ambasciata d'Italia in Dakar;

f) ricezione e trasmissione all'Ambasciata d'Italia in Dakar delle domande di iscrizione nelle liste anagrafiche ed elettorali in Italia presentate da cittadini che siano residenti nella circoscrizione territoriale dell'Ufficio consolare onorario;

g) ricezione e trasmissione all'Ambasciata d'Italia in Dakar delle domande di rinnovo delle patenti di guida e consegna al richiedente del certificato di rinnovo;

h) ricezione e trasmissione materiale all'Ambasciata d'Italia in Dakar, competente per ogni decisione in merito, degli atti in materia pensionistica;

i) autentica amministrativa di firma, nei casi in cui essa sia prevista dalla legge;

j) consegna di certificazioni, rilasciate dall'Ambasciata d'Italia in Dakar;

k) certificazione dell'esistenza in vita ai fini pensionistici;

l) vidimazioni;

m) autentiche di firme apposte in calce a scritture private, redazione di atti di notorietà e rilascio di procure speciali riguardanti persone fisiche a cittadini italiani, nei casi previsti dalla legge;

n) ricezione e trasmissione materiale all'Ambasciata d'Italia in Dakar della documentazione relativa al rilascio di passaporti dei cittadini che siano residenti nella circoscrizione territoriale dell'Ufficio consolare onorario; diretta consegna ai titolari dei passaporti emessi dall'Ambasciata d'Italia in Dakar e restituzione all'Ambasciata d'Italia in Dakar delle ricevute di avvenuta consegna;

o) ricezione e trasmissione all'Ambasciata d'Italia in Dakar della documentazione relativa alle richieste di rilascio del documento di viaggio provvisorio - ETD - presentate da cittadini italiani e da cittadini degli Stati membri dell'UE, dopo avere acquisito la denuncia di furto o smarrimento del passaporto o di altro documento di viaggio e dopo aver effettuato gli idonei controlli, previsti ai sensi dell'art. 71 del decreto del Presidente della Repubblica 28 dicembre 2000, n. 445, sulla veridicità delle dichiarazioni sostitutive di cui agli articoli 46 e 47 del citato decreto del Presidente della Repubblica; consegna degli ETD, emessi dall'Ambasciata d'Italia in Dakar, validi per un solo viaggio verso lo Stato membro di cui il richiedente è cittadino, verso il Paese di residenza permanente o, eccezionalmente, verso un'altra destinazione;

p) ricezione e trasmissione all'Ambasciata d'Italia in Dakar della documentazione relativa alle richieste di visto di ingresso;

q) assistenza ai connazionali bisognosi od in temporanea difficoltà ed espletamento delle attività istruttorie ai fini della concessione di sussidi o prestiti con promessa di restituzione all'erario da parte dell'Ambasciata d'Italia in Dakar;

r) notifica di atti a cittadini italiani residenti nella circoscrizione dell'Ufficio onorario, dando comunicazione dell'esito degli stessi all'autorità italiana competente e, per conoscenza, all'Ambasciata d'Italia in Dakar;

s) collaborazione all'aggiornamento da parte dell'Ambasciata d'Italia in Dakar dello schedario dei connazionali residenti;

t) tenuta dello schedario delle firme delle autorità locali.

Il presente decreto verrà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 13 giugno 2022

Il direttore generale: VARRIALE

22A03631

Limitazione delle funzioni del titolare del Consolato onorario in San Juan de Portorico (USA)

IL DIRETTORE GENERALE
PER LE RISORSE E L'INNOVAZIONE

(*Omissis*);

Decreta:

La signora Valentina Rizzo, Console onorario in San Juan de Portorico (Stati Uniti d'America), oltre all'adempimento dei generali doveri di difesa degli interessi nazionali e di protezione dei cittadini, esercita le funzioni consolari limitatamente a:

a) ricezione e trasmissione materiale al Consolato generale d'Italia in Miami degli atti di stato civile pervenuti dalle autorità locali, dai cittadini italiani o dai comandanti di navi o aeromobili nazionali o stranieri;

b) ricezione e trasmissione materiale al Consolato generale d'Italia in Miami delle dichiarazioni concernenti lo stato civile da parte dei comandanti di navi e di aeromobili, ovvero dei testimoni;

c) ricezione e trasmissione materiale al Consolato generale d'Italia in Miami dei testamenti formati a bordo di navi e di aeromobili da parte di cittadini italiani;

d) ricezione e trasmissione materiale al Consolato generale d'Italia in Miami degli atti dipendenti dall'apertura di successione di cittadini italiani o cui possono essere chiamati cittadini italiani;

e) emanazione di atti conservativi, che non implichino la disposizione dei beni di cittadini italiani, in materia di successione, naufragio o sinistro aereo, con l'obbligo di informarne tempestivamente il Consolato generale d'Italia in Miami;

f) attività urgenti di prima istruttoria in caso di sinistri marittimi o aerei o di infortuni a bordo di navi, imbarcazioni da diporto o aerei nazionali, dopo aver preventivamente interpellato caso per caso il Consolato generale d'Italia in Miami;

g) ricezione e trasmissione al Consolato generale d'Italia in Miami delle domande di iscrizione nelle liste anagrafiche ed elettorali in Italia presentate da cittadini che siano residenti nella circoscrizione territoriale dell'Ufficio consolare onorario;

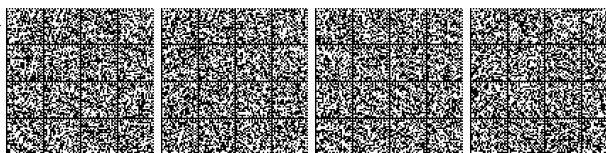
h) ricezione e trasmissione al Consolato generale d'Italia in Miami delle domande di rinnovo delle patenti di guida e consegna al richiedente del certificato di rinnovo;

i) ricezione e trasmissione materiale al Consolato generale d'Italia in Miami, competente per ogni decisione in merito, degli atti in materia pensionistica;

j) autentica amministrativa di firma, nei casi in cui essa sia prevista dalla legge;

k) consegna di certificazioni, rilasciate dal Consolato generale d'Italia in Miami;

l) vidimazioni e legalizzazioni;

m) autentiche di firme apposte in calce a scritture private, redazione di atti di notorietà e rilascio di procure speciali riguardanti persone fisiche a cittadini italiani, nei casi previsti dalla legge;

n) ricezione e trasmissione materiale al Consolato generale d'Italia in Miami della documentazione relativa al rilascio di passaporti dei cittadini che siano residenti nella circoscrizione territoriale dell'Ufficio consolare onorario; diretta consegna ai titolari dei passaporti emessi dal Consolato generale d'Italia in Miami e restituzione al Consolato generale d'Italia in Miami delle ricevute di avvenuta consegna;

o) captazione dei dati biometrici di connazionali che richiedono un documento elettronico, per il successivo inoltro all'ufficio consolare di prima categoria;

p) ricezione e trasmissione al Consolato generale d'Italia in Miami della documentazione relativa alle richieste di visto di ingresso;

q) assistenza ai connazionali bisognosi od in temporanea difficoltà ed espletamento delle attività istruttorie ai fini della concessione di sussidi o prestiti con promessa di restituzione all'erario da parte del Consolato generale d'Italia in Miami;

r) svolgimento di compiti collaterali, ferme restando le competenze del Consolato generale d'Italia in Miami, relative alla formazione e all'aggiornamento delle liste di leva, nonché all'istruttoria delle pratiche di regolarizzazione della posizione coscrizionale per i renitenti alla leva, ai fini della cancellazione della nota di renitenza in via amministrativa dalla lista generale dei renitenti. Restano esclusi i poteri di arruolamento;

s) effettuazione delle operazioni richieste dalla legislazione vigente in dipendenza dell'arrivo e della partenza di una nave nazionale, nonché tenuta dei relativi registri;

t) ricezione e trasmissione al Consolato generale d'Italia in Miami della documentazione relativa alle richieste di rilascio, rinnovo o convalida delle certificazioni di sicurezza della nave o del personale marittimo (*endorsement*); consegna delle predette certificazioni, emesse dal Consolato generale d'Italia in Miami;

u) notifica di atti a cittadini italiani residenti nella circoscrizione dell'Ufficio onorario, dando comunicazione dell'esito degli stessi all'autorità italiana competente e, per conoscenza, al Consolato generale d'Italia in Miami;

v) collaborazione all'aggiornamento da parte del Consolato generale d'Italia in Miami dello schedario dei connazionali residenti;

w) tenuta dello schedario delle firme delle autorità locali.

Il presente decreto verrà pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana.

Roma, 13 giugno 2022

Il direttore generale: VARRIALE

22A03632

MINISTERO DELL'INTERNO

Assegnazione di contributi agli enti locali, per spese di progettazione definitiva ed esecutiva, relative ad interventi di messa in sicurezza del territorio a rischio idrogeologico, di messa in sicurezza ed efficientamento energetico delle scuole, degli edifici pubblici e del patrimonio degli enti locali, nonché per investimenti di messa in sicurezza di strade, nel limite di 280 milioni di euro per l'anno 2022.

Si comunica che nel sito del Ministero dell'interno - Dipartimento per gli affari interni e territoriali - area tematica «La finanza locale», alla pagina https://dait.interno.gov.it/finanza-locale, contenuto «I DECRETI», è stato pubblicato il testo integrale del decreto del Ministro dell'interno, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, del 10 giugno 2022, con il relativo allegato 1, recante: «Assegnazione di contributi agli enti locali, per spese di progettazione definitiva ed esecutiva, relative ad interventi di messa in sicurezza del territorio a rischio idrogeologico, di messa in sicurezza ed efficientamento energetico delle scuole, degli edifici pubblici e del patrimonio degli enti locali, nonché per investimenti di messa in sicurezza di strade, nel limite di 280 milioni di euro per l'anno 2022», in applicazione dell'art. 1, commi da 51 a 58, della legge 27 dicembre 2019, n. 160 e successive modifiche e integrazioni.

22A03649

MINISTERO DELL'UNIVERSITÀ E DELLA RICERCA

Pubblicazione sul sito web istituzionale del decreto 21 aprile 2022, di modifica del decreto 10 agosto 2021 e relativi allegati, a valere sull'Asse IV «Istruzione e ricerca per il recupero» - Azione IV.4 «Dottorati e contratti di ricerca su tematiche dell'innovazione» e Azione IV.5 «Dottorati su tematiche *Green*» del PON «Ricerca e innovazione» 2014-2020.

Si comunica che il decreto ministeriale prot. n. 360 del 21 aprile 2022 - decreto di modifica del decreto ministeriale n. 1061 del 10 agosto 2021 e dell'allegato 1 (Disciplinare di attuazione), a valere sull'Asse IV «Istruzione e ricerca per il recupero» - Azione IV.4 - «Dottorati e contratti di ricerca su tematiche dell'innovazione» e Azione IV.5 «Dottorati su tematiche *Green*» del PON «Ricerca e innovazione» 2014-2020 (registrato alla Corte dei conti in data 30 maggio 2022, n. 1648), è stato pubblicato sul sito web istituzionale del Ministero dell'università e della ricerca https://www.mur.gov.it e sul sito istituzionale del PON Ricerca e innovazione 2014-2020 http://www.ponricerca.gov.it

22A03637

PROVINCIA AUTONOMA DI BOLZANO - ALTO ADIGE

Scioglimento, per atto dell'autorità, con nomina del commissario liquidatore, della cooperativa sociale «L'Estaca», in Bolzano. Autorizzazione alla chiusura del procedimento.

LA DIRETTRICE
DELL'UFFICIO SVILUPPO DELLA COOPERAZIONE

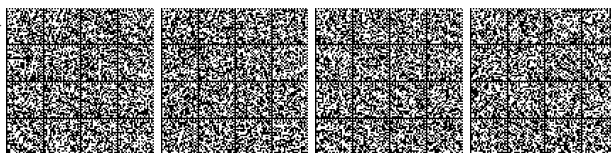
(*Omissis*);

Decreta:

1) Di autorizzare, ai fini della chiusura della procedura di scioglimento per atto dell'autorità con nomina del commissario liquidatore, della cooperativa sociale «L'Estaca», con sede a Bolzano il commissario liquidatore incaricato, avv. dott. Riccardo Vicentini a convocare l'assemblea dei soci della cooperativa sociale «L'Estaca» per la nomina dei nuovi amministratori e l'approvazione dei bilanci 2020 e 2021.

2) Di autorizzare il commissario liquidatore a soddisfare i creditori nella proporzione che risulta dal piano di riparto allegato, nel rispetto dei termini di cui all'art. 213, regio decreto 16 marzo 1942, n. 267 e successive modifiche con le somme presenti nell'attivo.

3) Di autorizzare il commissario liquidatore ad incassare l'importo di euro 3.604,25, a titolo di compenso.

4) Di autorizzare il commissario liquidatore a versare il compenso al dott. Paolo Stocker nell'importo di euro 580,30, oltre alla ritenuta d'imposta nonché a versare a Coopservizi l'importo di euro 864,68 (Iva inclusa) per l'attività prestata a favore della procedura.

5) Di revocare il proprio decreto n. 25259 del 22 dicembre 2021, in quanto le irregolarità sono state sanate. La revoca è soggetta a condizione risolutiva che entro sessanta giorni dalla pubblicazione del presente decreto l'assemblea dei soci approva i bilanci 2020 e 2021 e nomina i nuovi amministratori.

Gli interessati possono proporre le loro contestazioni alla chiusura della liquidazione con ricorso al tribunale, nel termine perentorio di venti giorni, decorrente dalla comunicazione per i creditori e dalla inserzione nella *Gazzetta Ufficiale* per ogni altro interessato.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso presso il Tribunale regionale di giustizia amministrativa di Bolzano entro sessanta giorni dalla data di avvenuta presa di conoscenza.

Bolzano, 9 giugno 2022

La direttrice d'ufficio: PAULMICHL

22A03633

MARGHERITA CARDONA ALBINI, *redattore* DELIA CHIARA, *vice redattore*

(WI-GU-2022-GU1-144) Roma, 2022 - Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato S.p.A.

GAZZETTA UFFICIALE
DELLA REPUBBLICA ITALIANA

CANONI DI ABBONAMENTO (salvo conguaglio)
validi a partire dal 1° OTTOBRE 2013

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE I (legislativa)

			CANONE DI ABBONAMENTO
Tipo A	Abbonamento ai fascicoli della Serie Generale, inclusi tutti i supplementi ordinari:		
	*(di cui spese di spedizione € 257,04)**	- annuale	€ **438,00**
	*(di cui spese di spedizione € 128,52)**	- semestrale	€ **239,00**
Tipo B	Abbonamento ai fascicoli della 1ª Serie Speciale destinata agli atti dei giudizi davanti alla Corte Costituzionale:		
	*(di cui spese di spedizione € 19,29)**	- annuale	€ **68,00**
	*(di cui spese di spedizione € 9,64)**	- semestrale	€ **43,00**
Tipo C	Abbonamento ai fascicoli della 2ª Serie Speciale destinata agli atti della UE:		
	*(di cui spese di spedizione € 41,27)**	- annuale	€ **168,00**
	*(di cui spese di spedizione € 20,63)**	- semestrale	€ **91,00**
Tipo D	Abbonamento ai fascicoli della 3ª Serie Speciale destinata alle leggi e regolamenti regionali:		
	*(di cui spese di spedizione € 15,31)**	- annuale	€ **65,00**
	*(di cui spese di spedizione € 7,65)**	- semestrale	€ **40,00**
Tipo E	Abbonamento ai fascicoli della 4ª Serie Speciale destinata ai concorsi indetti dallo Stato e dalle altre pubbliche amministrazioni:		
	*(di cui spese di spedizione € 50,02)**	- annuale	€ **167,00**
	*(di cui spese di spedizione € 25,01)**	- semestrale	€ **90,00**
Tipo F	Abbonamento ai fascicoli della Serie Generale, inclusi tutti i supplementi ordinari, ed ai fascicoli delle quattro serie speciali:		
	*(di cui spese di spedizione € 383,93)**	- annuale	€ **819,00**
	*(di cui spese di spedizione € 191,46)**	- semestrale	€ **431,00**

N.B.: L'abbonamento alla GURI tipo A ed F comprende gli indici mensili

PREZZI DI VENDITA A FASCICOLI
(Oltre le spese di spedizione)

Prezzi di vendita:		
	serie generale	€ 1,00
	serie speciali (escluso concorsi), ogni 16 pagine o frazione	€ 1,00
	fascicolo serie speciale, concorsi, prezzo unico	€ 1,50
	supplementi (ordinari e straordinari), ogni 16 pagine o frazione	€ 1,00

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

PARTE I - 5ª SERIE SPECIALE - CONTRATTI PUBBLICI

*(di cui spese di spedizione € 129,11)**	- annuale	€ **302,47**
*(di cui spese di spedizione € 74,42)**	- semestrale	€ **166,36**

GAZZETTA UFFICIALE - PARTE II

*(di cui spese di spedizione € 40,05)**	- annuale	€ **86,72**
*(di cui spese di spedizione € 20,95)**	- semestrale	€ **55,46**

Prezzi di vendita di un fascicolo, ogni 16 pagine o frazione (oltre le spese di spedizione) € 1,01 (€ 0,83 + IVA)

Sulle pubblicazioni della 5ª Serie Speciale e della Parte II viene imposta I.V.A. al 22%.
Si ricorda che, in applicazione della legge 190 del 23 dicembre 2014 articolo 1 comma 629, gli enti dello Stato ivi specificati sono tenuti a versare all'Istituto solo la quota imponibile relativa al canone di abbonamento sottoscritto. Per ulteriori informazioni contattare la casella di posta elettronica abbonamenti@gazzettaufficiale.it.

RACCOLTA UFFICIALE DEGLI ATTI NORMATIVI

Abbonamento annuo		€ **190,00**
Abbonamento annuo per regioni, province e comuni - SCONTO 5%		€ **180,50**
Volume separato (oltre le spese di spedizione)	€ 18,00	

I.V.A. 4% a carico dell'Editore

Per l'estero, i prezzi di vendita (in abbonamento ed a fascicoli separati) anche per le annate arretrate, compresi i fascicoli dei supplementi ordinari e straordinari, devono intendersi raddoppiati. Per il territorio nazionale, i prezzi di vendita dei fascicoli separati, compresi i supplementi ordinari e straordinari, relativi anche ad anni precedenti, devono intendersi raddoppiati. Per intere annate è raddoppiato il prezzo dell'abbonamento in corso. Le spese di spedizione relative alle richieste di invio per corrispondenza di singoli fascicoli vengono stabilite di volta in volta in base alle copie richieste. Eventuali fascicoli non recapitati potranno essere forniti gratuitamente entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del fascicolo. Oltre tale periodo questi potranno essere forniti soltanto a pagamento.

N.B. - La spedizione dei fascicoli inizierà entro 15 giorni dall'attivazione da parte dell'Ufficio Abbonamenti Gazzetta Ufficiale.

RESTANO CONFERMATI GLI SCONTI COMMERCIALI APPLICATI AI SOLI COSTI DI ABBONAMENTO

* tariffe postali di cui alla Legge 27 febbraio 2004, n. 46 (G.U. n. 48/2004) per soggetti iscritti al R.O.C.